

Université de Montréal

Facteurs qui influencent l'intention de quitter d'infirmières praticiennes spécialisées en première
ligne travaillant dans le réseau public de santé

Par
Marie-Pier Beaudry

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Science (M. Sc.)
en sciences infirmières option administration des services infirmiers

Avril 2019

© Marie-Pier Beaudry, 2019

Ce mémoire intitulé

**Facteurs qui influencent l'intention de quitter d'infirmières praticiennes spécialisées en
première ligne travaillant dans le réseau public de santé**

Présenté par

Marie-Pier Beaudry

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Kelley Kilpatrick
Président-rapporteur

Arnaud Duhoux
Directeur de recherche

Isabelle Brault
Membre du jury

Résumé

Problématique : Dans les dernières années plusieurs études ont exposé les défis auxquels font face des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) dans leur pratique quotidienne. Le manque d'autonomie, l'étendue de pratique limitée et le manque de collaboration dans les équipes de soins sont des facteurs qui sont principalement ressortis de ces études. Les IPSPL au Québec n'y font pas exception. En effet, leur déploiement a aussi été difficile pour certaines. Ces difficultés rencontrées peuvent inciter les IPSPL à quitter leur travail. Connaître les facteurs influençant l'intention de quitter des IPSPL pourrait donc permettre de maintenir ces professionnelles indispensables dans les milieux de soins. **But :** Identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois.

Méthode : La présente étude est une analyse secondaire de données collectées à l'aide d'un questionnaire auto-administré d'une durée approximative de 45 minutes entre mars et avril 2017. L'échantillon de cette étude est composé des 222 IPSPL qui y ont participé. Les facteurs influençant l'intention de quitter mesurés sont : la reconnaissance au travail, les conditions de l'environnement de travail, la relation et le soutien du gestionnaire, le soutien de l'organisation et les pratiques organisationnelles, la relation avec les collègues de travail, les caractéristiques personnelles de l'infirmière et les facteurs externes. Des analyses descriptives, bivariées et une analyse de régression multiple ont été utilisées afin de répondre au but de l'étude. **Résultats :** 23% des IPSPL pensent quitter leur établissement de soins d'ici les trois prochaines années (n=199), 2% pensent quitter la profession (n=198) et 10% pensent quitter le réseau public au profit d'une organisation privée (n=196). Ces résultats étant comparables à ceux obtenus dans une étude publiée en 2011 où 27,2% des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) pensaient

quitter leur emploi et où 5,5% d'entre-elles pensaient quitter la profession infirmière (n= 254). Les facteurs associés à l'intention de quitter des IPSPL sont : la diminution du salaire comparativement au salaire net avant d'être IPS et l'absence de flexibilité dans les horaires comparativement à la présence de flexibilité dans les horaires. Aussi, la diminution de la collaboration avec les autres professionnels de la santé et les médecins a été associée avec l'augmentation de l'intention de quitter. **Conclusion :** Ces nouvelles connaissances pourront aider les gestionnaires dans l'élaboration de stratégies de rétention afin de maintenir les IPSPL en poste.

Mots clés :

- Analyse de régression multiple
- Caractéristiques de l'infirmière praticienne spécialisée
- Collaboration
- Environnement de travail
- Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne
- Intention de quitter
- Pratique organisationnelle
- Relation avec les collègues de travail
- Relation et soutien du gestionnaire
- Région de travail
- Rétention
- Salaire

Abstract

Problematic: In recent years, several studies have outlined the obstacles faced by nurse practitioners (NP) in primary care in their daily practice. The lack of autonomy, the limited scope of practice and the lack of collaboration in care teams are factors that are highlighted in the studies as challenges faced by these nurses. Nurse practitioners in primary care in Quebec are no exception and their deployment has also been difficult for some. These obstacles can give to the NP the intention to leave their work and knowing the factors influencing this intention could therefore help to maintain these indispensable professionals in the health care system. **Aim:** Identify the factors that influence the intention to leave of NP in primary care working in the Quebec public health care system. **Methods:** This study is a secondary analysis of data collected between March and April 2017 using a self-administered questionnaire that lasts approximately 45 minutes. The sample for this study is composed of the 222 NP in primary care who participated. The factors influencing the intention to leave measured are: work rewards, condition of work environment, relationship and support from manager, organizational support and practices, relationships with co-workers, nurse characteristics and external factors. Descriptive, bivariate and multiple regression analyzes were used to meet the aim of the study. **Findings:** 23% of NP in primary care plan to leave their current establishment within the next three years (n=199), 2% thinks about leaving their profession (n=198) and 10% are thinking about leaving the public health care system in favor of a private organization (n=196). These results are comparable to those obtained by a study published in 2011 where 27.2% of nurse practitioners were thinking about leaving their jobs and 5.5% of them were thinking about leaving the nursing profession (n=254). The factors associated with the intent to leave of the NP in primary care are: the decrease of their salary compared to the net salary before being NP and the lack of flexibility

in the work schedules compared to the possibility of having flexibles schedules. Also, the decrease of collaboration with others health professionals and doctors is associated with an increase in the intention to leave. **Conclusion:** These new informations could assist managers in the development of retention strategies to maintain primary care NP in workplace.

Keywords:

- Nurse practitioners in primary care,
- Intention to leave
- Retention
- Multiple regression analyze
- Work rewards
- Condition of work environment
- Relationship and support from manager
- Organizational support
- Relationships with co-workers
- Nurses practitioners characteristics
- Working region

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	ix
Liste des Figures	x
Liste des abréviations.....	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Chapitre 1 – Problématique	1
1.1 Problématique.....	2
1.2 But et objectifs de recherche	10
1.3 Modèles conceptuels	10
Chapitre 2 – Recension des écrits	14
2.1 Enquête initiale.....	15
2.1 Intention de quitter des IPSPL	16
2.2 Facteurs influençant l'intention de quitter	17
2.2.1 Caractéristiques personnelles de l'IPSPL	17
2.2.2 Facteurs externes	19
2.2.3 Réponses physiques et psychologiques au travail.....	20
2.2.4 Reconnaissance au travail	23
2.2.5 Relation avec les patients et contenu du travail	24
2.2.6 Conditions de l'environnement de travail	26
2.2.7 Soutien de l'organisation et pratiques organisationnelles	29

2.2.8 Relation et soutien du gestionnaire	33
2.2.8 Relation avec les collègues de travail	36
2.3 Conclusion de la recension.....	37
Chapitre 3 – Méthode de recherche.....	39
3.1 Devis de recherche	40
3.2 Population et échantillon	40
3.3 Collecte des données	41
3.4 Définition opérationnelle des variables.....	42
3.4.1 Variable dépendante.....	42
3.4.1.1. Intention de quitter.	42
3.4.2 Variables indépendantes.....	43
3.4.2.1 Reconnaissance au travail.	43
3.4.2.2 Conditions de l’environnement de travail	44
3.4.2.3 Relation et soutien du gestionnaire.	44
3.4.2.4 Soutien de l’organisation et pratiques organisationnelles.	45
3.4.2.5 Relation avec les collègues de travail.	45
3.4.2.6 Caractéristiques personnelles de l’IPSPL.	46
3.4.2.7 Facteur externe	46
3.4.2.8 Réponses physiques et psychologiques au travail et relation avec les patients et contenu du travail.	47
3.5 Analyse des données	49
3.6 Considérations éthiques.....	51
Chapitre 4 - Résultats	53
4.1 Article de recherche	54
4.2 Résumé	55

Introduction	57
Contexte	57
But et objectifs de recherche	60
Méthodologie	61
Devis de recherche	61
Population et échantillon	61
Collecte de données	61
Opérationnalisation des variables	62
Variable dépendante	62
Variables indépendantes	62
Analyse des données	64
Considérations éthiques	65
Résultats	65
Caractéristiques des participants	65
Intention de quitter	65
Facteurs influençant l'intention de quitter	66
Discussion	70
Limites et forces	73
Conclusion	74
Références	75
Chapitre 5 - Discussion	79
5.1 Résumé de la discussion de l'article	80
5.2 Limites et forces de l'étude	82
5.2.1 Limites	82
5.2.2 Forces	83

5.3 Contributions aux sciences infirmières	83
5.4 Recommandations	84
5.4.1 Recommandations pour la pratique infirmière	84
5.4.2 Recommandations pour la recherche	85
Conclusion.....	87
Références	89
Annexe A – Enquête sur les IPS 2017.....	107
Annexe B – Certificat d’approbation éthique.....	147

Liste des tableaux

Tableau I. Échelle de Lavoie-Tremblay, Fernet, Lavigne et Austin (2015) pour mesurer l'intention de quitter des infirmières.....	54
Tableau II. Opérationnalisation des variables indépendantes.....	58

Liste des Figures

Figure 1. Modèle conceptuel des déterminants de l'intention de rester à l'emploi traduit librement de Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron et Harvey (2010).....14

Figure 2. Modèle conceptuel de l'optimisation de la contribution des infirmières praticiennes en première ligne traduit librement de Poghosyan, Boyd et Clarke (2016).....16

Liste des abréviations

AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
CERES	Comité d'éthique de la recherche en santé
CHSLD	Centres d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
GMF	Groupes de médecine familiale
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NP	Nurses practitioners

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de maîtrise Arnaud Duhoux qui m'a soutenu tout au long de la rédaction de ce mémoire. Sa disponibilité et la qualité de son encadrement m'ont permis de me surpasser continuellement et de remettre un travail dont je suis fière.

Ensuite, je tiens à remercier mes amies de la maîtrise (mes Fluffs) qui ont toujours été présentes pour m'écouter et me soutenir. Vos encouragements et votre aide précieuse m'ont beaucoup aidé dans la réussite de ce mémoire. Je me souviendrai toujours de nos longues heures à la bibliothèque à faire des travaux et de nos moments de folies. Vous avez été une grande source de motivation pour moi et je vous en remercie.

Je souhaite aussi remercier ma famille et mes amis qui ont toujours été présents et qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce mémoire. Sans le savoir, vos mots d'encouragements et votre écoute m'ont aidé à relever ce défi.

Finalement, j'aimerais dédier un merci tout spécial à mon amoureux Fabrice qui m'a épaulée durant ces deux dernières années. Ton soutien et ta patience, autant dans les hauts que dans les bas, m'ont permis de me surpasser. Je suis privilégiée de t'avoir à mes côtés.

Introduction

L'accès aux soins de santé primaire est une problématique importante au Canada (DiCenso et al., 2010). Au Québec, la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été créée dans l'optique de répondre à cette problématique (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Aujourd'hui, elles sont de plus en plus considérées comme faisant partie intégrante des équipes de soins de santé primaire à travers tout le pays (DiCenso et al., 2010).

Au Québec, le déploiement des IPSPL a été ardu (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Côté, Freeman, Jean, Pollender et Binette, 2018; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009). Leur intégration dans les équipes de soins a été effectuée différemment selon les équipes et les régions et, si certaines IPSPL étaient attendues dans les milieux de soins, d'autres recevaient un accueil plutôt difficile. Dans les dernières années, plusieurs études québécoises et canadiennes ont traité des défis auxquels font face les IPSPL dans leur pratique quotidienne (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; Chouinard, Contandriopoulos, Perroux et Larouche, 2017; Côté et al., 2018; DiCenso et al., 2010). Le manque d'autonomie, l'étendue de pratique limitée par les établissements, la collaboration laborieuse et un environnement de travail difficile sont des facteurs qui sont particulièrement ressortis dans ces études. Ces difficultés rencontrées peuvent donner aux IPSPL l'intention de quitter leur travail (Poghosyan, Jianfang, Jingjing et D'Aunno, 2017). Le nombre d'IPSPL étant assez restreint dans la province, le départ de ces professionnels est très coûteux pour les établissements de soins de santé primaire dont les ressources économiques sont déjà limitées (Poghosyan, Boyd et Clarke, 2016). Par ailleurs,

l'intégration d'une nouvelle IPSPL et les ruptures de services occasionnées par le départ d'une IPSPL sont coûteuses et dommageables pour les patients (Poghosyan et al., 2016). Garder les IPSPL en poste dans le réseau public de santé permettrait de mieux répondre aux problèmes d'accessibilité aux soins de santé primaire, et ainsi mieux répondre aux besoins de la population québécoise.

Le but de l'étude est donc d'identifier les facteurs influençant l'intention de quitter des IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois.

Chapitre 1 – Problématique

1.1 Problématique

Un système de santé efficace repose sur des soins de santé primaire bien organisés et accessibles (Gilliland, Shah, Clark, Sibbald et Seabrook, 2019; Institut national De Santé Publique du Québec, 2008). Dans les dernières années, plusieurs études et commissions canadiennes sur les soins de santé ont recommandé de renforcer les soins de santé primaire et de garantir à tous les citoyens l'accès à un médecin de famille (Breton et al., 2015). Cependant, l'accessibilité aux médecins représente toujours une problématique importante pour la société québécoise (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017).

En 2017, 74% de la population québécoise était inscrite auprès d'un médecin de famille (Institut de la statistique du Québec, 2017). Toutefois, selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2017), 88% des médecins québécois ne réussissaient pas à donner un rendez-vous à leur patient le jour même ou le jour suivant le début d'une problématique de santé. Pourtant, les services de santé de première ligne sont la porte d'accès principale au réseau de la santé et sont reconnus comme ayant un impact considérable sur la performance de l'ensemble du système de santé, ainsi que sur l'état de santé même de la population (Institut de la statistique du Québec, 2013). De plus, selon un sondage effectué par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2013), plus de 93% des médecins de famille estiment qu'il y a un problème majeur dans l'accessibilité aux services de première ligne, ce constat étant aussi partagé par la population québécoise.

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) a d'abord été implanté aux États-Unis, puis au Royaume-Uni, en Australie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009) et, depuis les années 70, au Canada (Kaasalainen et al., 2010). Il existe dorénavant cinq spécialités d'infirmière praticienne spécialisées au Québec: soins aux adultes, soins pédiatriques, santé

mentale, néonatalogie et soins de première ligne (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été créé en 2007 au Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2014) et celles-ci représentent la majorité des IPS avec ses 405 membres sur les 484 IPS inscrites au Tableau de l'OIIQ en 2018 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). D'ici 2025, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2017a) promet un déploiement de 2000 IPS dans toutes les régions de la province. Pour ce faire, il a mis en place un programme d'intéressement pour l'implantation du rôle qui comprend, entre autres, une bourse de 60 000\$ par étudiant pour les deux ans prévus à la formation (Ministère de la santé et des services sociaux, 2015). Afin d'obtenir cette bourse, la future IPS doit signer un contrat avec le MSSS et s'engager à travailler comme IPS pour un minimum de trois ans, à temps plein, dans un établissement ciblé par celui-ci. Afin d'arriver à son objectif de 2000 IPS en 2025, le MSSS a accordé un budget supplémentaire de 25 millions aux universités pour financer la formation de plus d'IPS dans les prochaines années et s'engage à ce que toutes les IPS aient accès à un stage et un poste à la fin de leurs études (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017b).

L'OIIQ (2014) définit le rôle de l'IPSPL comme étant une professionnelle qui :

Donne des soins de santé à une clientèle ambulatoire tout au long du continuum de vie : nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes et personnes âgées. Que ce soit auprès du patient, de la famille ou de la communauté, elle exerce des activités liées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et au traitement des patients présentant un problème de santé courant ou une maladie chronique stable, ainsi qu'au suivi de grossesse (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2014, p.8).

Ainsi, elles peuvent identifier un problème de santé courant et en faire le suivi, faire le suivi de maladie chronique ou de grossesse normale ou à faible risque, ainsi qu'exercer des activités médicales auprès d'une population hébergée dans un centre d'hébergement de soins de

longue durée (CHSLD) qui requiert des soins palliatifs (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Aussi, depuis mars 2018, elles peuvent initier des traitements pour certaines maladies chroniques telles que : le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'hypothyroïdie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Afin d'exercer son rôle professionnel, l'IPSPL doit obligatoirement travailler en partenariat avec un ou plusieurs médecins dans le domaine lié à sa pratique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Ainsi, l'IPSPL se démarque de l'infirmière clinicienne par sa pratique autonome en pouvant voir des patients sans la supervision d'un médecin et par les actes avancés qu'elle peut faire tels que : prescrire des traitements médicaux ou des examens diagnostiques, prescrire certains médicaments et procéder à des techniques invasives (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Une étude menée dans la Coopérative de solidarité SABSA, une clinique de proximité gérée par une IPSPL à Québec, a montré que moins de 5% des consultations faites par des IPSPL nécessitent une référence externe à un autre professionnel de la santé (Contandriopoulos, Duhoux, et al., 2015). Ainsi, par son rôle élargi, l'IPSPL est en mesure de prendre en charge la majorité des problématiques et des besoins des patients qui s'y présentent (Contandriopoulos, Duhoux, et al., 2015).

L'intégration des IPSPL dans les milieux de soins semble être une solution permanente aux problématiques d'accessibilité aux soins pour la population (Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Ministère de la santé et des services sociaux, 2017a; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009). Malgré cela, il est possible de remarquer un contexte d'implantation difficile pour certaines IPSPL dans l'ensemble de la province (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Ordre des infirmières et

infirmiers du Québec, 2009) lié au fait que plusieurs milieux sous-estiment le défi relié à l'implantation et à l'intégration des IPSPL en omettant de planifier leur accueil, de définir leur rôle auprès des autres intervenants en n'établissant pas un modèle de suivi de la clientèle et en ne soutenant pas les équipes qui accueillent les IPSPL (Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015). De plus, l'intégration de l'IPSPL dans son milieu de travail est une étape cruciale pour l'optimisation de son rôle et peut avoir un impact important sur son intention de quitter son établissement (Côté et al., 2018). Le roulement des IPSPL est très coûteux, autant financièrement pour l'établissement qu'en termes d'efficience, de qualité, de continuité, de sécurité des soins et en termes de satisfaction des patients (Poghosyan et al., 2016). Les gestionnaires se doivent donc de connaître les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL afin de mettre en place des mesures pour les maintenir en poste (Bland-Jones, 2008; De Milt, Fitzpatrick et McNulty, 2011).

Par ailleurs, il faut noter que l'IPSPL peut travailler dans des milieux cliniques qui sont très différents (Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015). En effet, l'IPSPL peut travailler dans : les centres locaux de services communautaires (CLSC), les groupes de médecine familiale (GMF), les centres hospitaliers, les dispensaires en régions isolées, les CHSLD publics ou privés, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les établissements de détention, le domicile des patients et dans les organisations privées (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Selon Duhoux (2017) seulement 7% des IPSPL travaillent dans des cliniques privées. La majorité d'entre elles qui travaillent dans ces milieux le font dans le cadre d'un emploi secondaire (Duhoux, 2017).

Bien que les IPSPL commencent à jouer un rôle de plus en plus important dans les milieux de soins, elles font face à plusieurs défis qui limitent leur pratique (Côté et al., 2018; De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017). En effet, dans leur milieu de

travail, ces difficultés pourraient leur donner envie de quitter leur travail à court terme et pourraient aussi les inciter à quitter leur profession à long terme. En effet, selon l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2012), le nombre de patients imposés, la surcharge de travail et le manque de temps pour les patients peuvent être une source d'insatisfaction pour les IPS. De plus, selon De Milt et al. (2011), les conditions de travail difficiles dans certains milieux peuvent entraîner du stress et avoir un impact sur la santé des IPS, ce qui pourrait les inciter à quitter. Une autre source d'insatisfaction est le manque de cohésion dans les équipes et une collaboration interprofessionnelle difficile (De Milt et al., 2011; Lu, Lin, Wu, Hsieh et Chang, 2002; Poghosyan et al., 2017). Une méconnaissance du rôle et un manque de reconnaissance du rôle freinant l'optimisation du travail d'équipe auprès des acteurs avec qui elles collaborent ont aussi été rapportés (Brault et al., 2014; Côté et al., 2018; Donald et al., 2010). De plus, le mode de rémunération des médecins peut poser des enjeux à la collaboration (Denis et al., 2017). Par ailleurs, certains règlements restreignant l'implication directe de l'IPS peuvent aussi être une source d'insatisfaction (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; De Milt et al., 2011). La sous-utilisation du potentiel de l'IPS et les restrictions face à l'utilisation de son autonomie professionnelle dans certains établissements peuvent causer de l'insatisfaction des IPS et les inciter à quitter leur milieu (De Milt et al., 2011; Freeborn, Hooker et Pope, 2002; Kacel, Miller et Norris, 2005; Miller, Apold, Baas, Berner et Levine-Brill, 2005; Schiestel, 2007). Ensuite, l'insatisfaction face au salaire, le manque de prime et les heures supplémentaires non rémunérées sont des facteurs importants (De Milt et al., 2011; Freeborn et al., 2002; Miller et al., 2005). Finalement, le peu de possibilités d'avancement professionnel et le manque de contact direct avec la direction sont aussi des facteurs qui peuvent causer une insatisfaction des IPS (De Milt et al., 2011).

L'intention de quitter représente le fait que le professionnel désire quitter son travail, mais qu'il soit toujours à son poste actuel (Price, 2001). L'intention de quitter est un état transitoire et le prédicteur le plus important du départ des infirmières (Blake, Leach, Robbins, Pike et Needleman, 2013; Price et Mueller, 1981).

Plusieurs études ont tenté d'identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des infirmières non-IPS, (Boyle, Bott, Hansen, Woods et Taunton, 1999; Coomber et Barriball, 2007; Hayes et al., 2012; Sourdif, 2004; Taunton, Boyle, Woods, Hansen et Bott, 1997; Tourangeau et Cranley, 2006; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010), mais, à notre connaissance, aucune n'a été faite sur les facteurs qui influencent les IPSPL à quitter leur emploi. De ces études, plusieurs facteurs qui influencent l'intention de quitter des infirmières non-IPS sont ressortis. D'abord, la satisfaction au travail est le facteur le plus important dans la prédiction de l'intention de quitter des infirmières (Dolan, 2003; Hayes et al., 2006; Hinshaw et al., 1987; Larrabee et al., 2003; Lu, While et Louise Barriball, 2005; Pietersen, 2005; Shields et Ward, 2001; Sourdif, 2004; Tai, Bame et Robinson, 1998; Tourangeau et Cranley, 2006; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). En effet, il correspond à la relation affective qu'un employé a envers son travail (Price, 2001). Ce qui rend un travail satisfaisant ou non dépend non seulement de la nature de celui-ci, mais aussi des attentes que les individus ont de ce qu'il devrait leur offrir (Lu et al., 2005). Cependant, la satisfaction au travail n'est pas mesurée et conceptualisée de la même manière dans les études. Pour certains, la satisfaction au travail constitue un seul facteur, tandis que pour d'autres, elle représente et influence une multitude d'aspects du travail (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Ensuite, un environnement de travail fournissant les ressources matérielles et humaines nécessaires pour prodiguer des soins sécuritaires aux patients est un facteur central dans la décision des infirmières à quitter (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Un environnement de travail défavorable augmente l'intention de quitter des infirmières

(Aubé, 2009; Boyle et al., 1999; De Milt et al., 2011; Ellenbecker, 2004; Erenstein et McCaffrey, 2007; Poghosyan et al., 2017; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Dans la littérature, ce facteur est bien connu pour avoir une influence directe sur l'intention de quitter des IPS (De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2017). Aussi, le salaire et les avantages sociaux sont directement liés à l'intention de quitter. En effet, moins les infirmières sont satisfaites de leur salaire et des avantages sociaux auxquels elles ont droit et plus leur intention de quitter augmente (De Milt et al., 2011; Ellenbecker, 2004; Force, 2005; Miller et al., 2005; Tai et al., 1998). La relation que l'infirmière entretient avec le gestionnaire est aussi connue pour avoir un impact direct sur l'intention de quitter, et ce même auprès des IPSPL (Aubé, 2009; Boyle et al., 1999; Force, 2005; Poghosyan et al., 2017; Tai et al., 1998; Taunton et al., 1997; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Un autre facteur qui est connu pour influencer l'intention de quitter des infirmières est la relation entre collègues de travail. Plus le sentiment d'appartenance, la cohésion et la confiance entre les membres de l'équipe sont bons et plus l'intention de quitter est faible (Boyle et al., 1999; De Milt et al., 2011; Ellenbecker, 2004; Lu et al., 2002; Tai et al., 1998; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Dans un autre ordre d'idée, les réponses physiques et psychologiques au travail comme le stress, la fatigue et les épuisements professionnels sont bien connues pour avoir une influence sur l'intention de quitter des infirmières (Boyle et al., 1999; Ellenbecker, 2004; Tai et al., 1998; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010), ce qui ne fait pas exception dans les études pour les IPS (De Milt et al., 2011). Le soutien de l'organisation et les pratiques organisationnelles sont les mesures que l'employeur met en place pour soutenir et s'engager envers les infirmières telles que : la possibilité d'avoir accès à des formations payées ou avoir un horaire flexible. Ces mesures sont connues dans la littérature pour avoir un impact direct sur l'intention de quitter des infirmières (Borkowski et al., 2007; Kacel et al., 2005; Miller et al., 2005; Poghosyan et al., 2017; Schiestel,

2007; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). En ce qui a trait aux IPS, ce facteur est très important, surtout au début de leur carrière où elles se retrouvent dans une période de transition et doivent se sentir soutenues et intégrées dans l'organisation (Bahouth et Esposito-Herr, 2009; Faraz, 2017). Aussi, le soutien de la pratique autonome de l'IPS fait partie de ce facteur et est crucial pour leur satisfaction au travail (Poghosyan et al., 2017). Les caractéristiques personnelles de l'infirmière telles que l'âge, le genre, le statut ou l'ancienneté peuvent toutes avoir un impact sur l'intention de quitter (Aubé, 2009; Bailey, Wallace et Mishel, 2007; Ellenbecker, 2004; Taunton et al., 1997; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Finalement, plusieurs facteurs externes comme les opportunités de travail près du domicile, les buts et les objectifs professionnels ou personnels, le fait de travailler en milieu rural ou urbain ou l'opinion des proches peuvent venir influencer la décision de l'infirmière (Bae, 2016; De Milt et al., 2011; Ellenbecker, 2004; Tai et al., 1998; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Ainsi, l'intention de quitter des infirmières dépend donc de plusieurs facteurs.

La littérature sur les facteurs qui influencent l'intention de quitter des infirmières non-IPS abonde et ceux-ci sont bien connus des chercheurs. Cependant, aucune étude de ce genre n'a été effectuée auprès d'IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois. Ainsi, à partir des facteurs connus pour avoir une influence sur l'intention de quitter des infirmières, l'étude permettra d'identifier les facteurs qui sont les plus associés avec l'intention de quitter des IPSPL au Québec. Cette recherche permettra donc de connaître les facteurs les plus associés à cette intention afin d'être en mesure de cibler les interventions et d'intervenir sur les facteurs les plus influents.

Avec toutes les mesures mises en place pour augmenter le nombre d'IPSPL au Québec, elles deviendront, dans les prochaines années, des acteurs clés du système de santé. Il est donc primordial de connaître les facteurs qui pourraient les influencer à quitter leur poste afin

d'améliorer les conditions de travail, de soutenir et de maintenir la croissance de ce rôle et, ainsi, éviter que les IPSPL quittent les milieux de soins.

1.2 But et objectifs de recherche

Le but cette étude est d'identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois.

Les objectifs spécifiques de recherche sont :

1. Évaluer l'intention des IPSPL de quitter leur établissement, le réseau public ou la profession.
2. Identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL.

1.3 Modèles conceptuels

Afin de structurer le travail, le modèle conceptuel *Determinants of Hospital Nurse Intention to Remain Employed* de Tourangeau et al. (2010) a été choisi (Figure 1). Ce modèle met en évidence les différents déterminants de l'intention de rester à l'emploi des infirmières. Il a été choisi puisque les concepts de l'intention de quitter et de rester, sans être leur exact opposé, mesurent des concepts qui peuvent être apparentés (Cho, Johanson et Guchait, 2009; Nancarrow, Bradbury, Pit et Ariss, 2014). Il est schématisé de façon à ce que chacun des différents déterminants ait un effet direct sur l'intention des infirmières de rester à l'emploi. Aussi, il met en évidence les effets indirects que peuvent avoir les déterminants sur l'intention de rester à l'emploi, grâce à d'autres déterminants médiateurs. De plus, ce modèle met en relief les différents thèmes utilisés pour structurer la recension des écrits et ce sont donc ces déterminants qui seront

mesurés dans cette étude, afin d'établir ceux qui influencent le plus l'intention de quitter des IPSPL du Québec.

Dans ce modèle, la satisfaction au travail n'est pas incluse, car les auteures sont arrivées à des résultats différents des autres études concernant l'importance de la satisfaction au travail sur les facteurs influençant l'intention de rester (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). En effet, les auteures mentionnent que, dans leurs entrevues, aucune infirmière n'a mentionné le terme «satisfaction au travail» comme un facteur influençant leur intention de rester à l'emploi. Les auteures mentionnent que c'est plutôt l'évaluation de l'infirmière de sa satisfaction envers son milieu de travail sur les neuf facteurs du modèle qui vient influencer son intention de rester. Ainsi, elles proposent d'aller au-delà du lien entre la satisfaction au travail et l'intention de rester en présentant un modèle, composé de neuf catégories thématiques, qui illustre les facteurs qui influencent l'intention de rester des infirmières (Carter et Tourangeau, 2012).

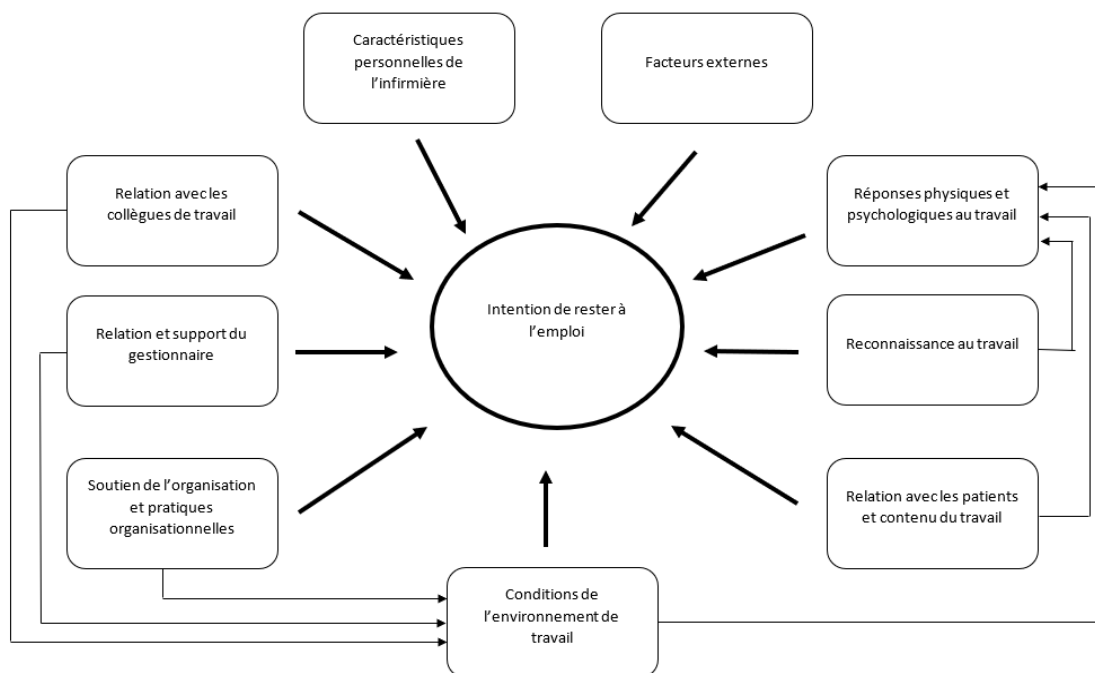


Figure 1. Modèle conceptuel des déterminants de l'intention de rester à l'emploi traduit librement de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010).

L'utilisation du modèle de Tourangeau et al. (2010) est limité par le fait qu'il est spécifique au milieu hospitalier. L'environnement de travail des organisations de santé primaire est différent de celui d'un hôpital (Tallia, Stange, McDaniel Jr et Aita, 2003). De plus, les IPSPL ont un rôle, une étendue de pratique et des responsabilités différentes des infirmières travaillant en milieu hospitalier (Poghosyan et al., 2017). Ainsi, afin de compléter le modèle conceptuel de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), le modèle conceptuel «*Maximizing nurse practitioner contributions to primary care*» de Poghosyan et al. (2016) a été ajouté (Figure 2). Ce modèle a été inclus afin d'être plus spécifique à la population étudiée. Il permet de mieux comprendre les défis et les obstacles auxquels font face les IPSPL dans leur pratique quotidienne et donc les facteurs qui pourraient avoir une plus grande influence sur leur intention de quitter comparativement aux infirmières travaillant en milieu hospitalier. Aussi, il permet d'identifier les facteurs affectant la pratique des IPSPL et l'impact de ces facteurs sur les soins aux patients (Poghosyan et al., 2016). Il permet aussi de comprendre l'interdépendance entre les différents facteurs sur la pratique des IPSPL (Poghosyan et al., 2016). Il met l'accent sur les réglementations et l'étendue de pratique de l'IPSPL, sur les politiques institutionnelles, sur l'environnement de pratique, sur les résultats sur la pratique des IPSPL et sur l'impact sur les soins offerts aux patients (Poghosyan et al., 2016). Finalement, en complémentarité avec le modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), ce modèle permet d'appréhender les facteurs qui pourraient avoir une plus grande importance dans l'intention de quitter des IPSPL. Ainsi, il est possible de supposer que le soutien de l'organisation et les pratiques organisationnelles telles que les politiques institutionnelles, l'étendue de pratique et l'autonomie de l'IPSPL, l'environnement de pratique, la relation avec la gestionnaire et la relation avec les collègues de travail seraient des facteurs qui auraient un plus grand impact sur l'intention de quitter des IPSPL. Bref en complémentarité avec le modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley,

et al. (2010), le modèle de Poghosyan et al. (2016) vient spécifier le déterminant «Soutien de l'organisation et pratiques organisationnelles».

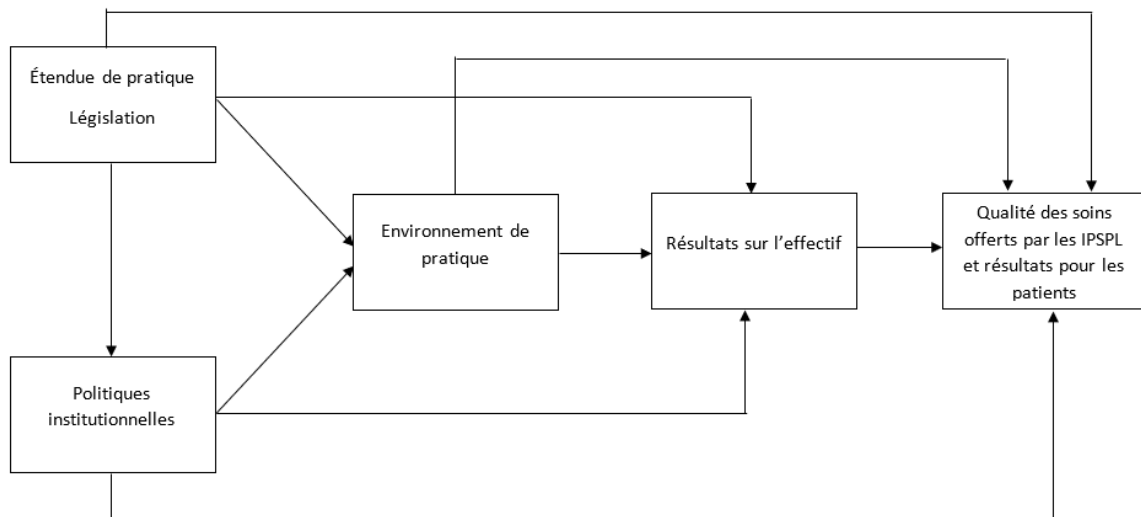


Figure 2. Modèle conceptuel de l'optimisation de la contribution des infirmières praticiennes en première ligne traduit librement de Poghosyan et al. (2016).

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce chapitre se divise en trois sections. La première section expose l'enquête initiale. Ensuite, la deuxième section présente une vue d'ensemble sur le phénomène de l'intention de quitter des IPSPL. Finalement, la troisième section présente une revue de littérature portant sur les neuf facteurs influençant l'intention de quitter abordés dans le modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) et de ceux présentés dans le modèle de Poghosyan et al. (2016).

2.1 Enquête initiale

La présente étude est une analyse secondaire de données déjà recueillies de mars 2017 à avril 2017 lors d'une enquête réalisée auprès des IPS du Québec. Le questionnaire s'intitulait «Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS» (Annexe A) et avait pour but d'étudier les conditions de pratique des IPS, leur autonomie professionnelle et leur rôle dans les milieux québécois. Cette enquête par questionnaire en ligne auto-administré a été réalisée par Arnaud Duhoux, professeur adjoint à l'Université de Montréal, en collaboration avec l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Le questionnaire utilisait la plateforme web Survey Monkey, était d'une durée approximative de 30 à 45 minutes, comprenait cinq sections et avait 78 questions. D'abord, les IPS étaient invitées à répondre à quelques questions générales et, ensuite, à des questions plus spécifiques sur : la nature de leurs tâches, la productivité, les conditions de pratique, la satisfaction au travail, l'intention de quitter, la formation universitaire, l'enseignement, la formation continue et la recherche. La majorité des questions étaient à choix de réponses et quelques questions demandaient d'élaborer une courte réponse. Le questionnaire était rempli de façon anonyme. Ainsi, toutes les IPS membres de l'AIPSQ ainsi que celles non-membres de l'AIPSQ qui sont inscrites au Tableau de l'OIIQ et qui ont accepté d'être contactées pour des projets de recherche étaient invitées à

participer à l'enquête initiale (n=335). Parmi les 335 IPS certifiées au moment de la collecte et qui ont reçu l'invitation à participer à l'enquête, 261 ont rempli le questionnaire.

2.1 Intention de quitter des IPSPL

Le roulement du personnel est un paramètre important de la gestion des ressources humaines et dans la maintenance des effectifs (Nancarrow et al., 2014). L'intention de quitter est un proxy largement utilisé pour mesurer le départ du personnel et l'intention future de quitter la profession ou l'organisation (Nancarrow et al., 2014). Le terme intention de quitter est l'intention du travailleur de quitter son organisation actuelle et ne représente pas le vrai départ des employés (Cho et al., 2009; Yoshimura, 2003). En effet, l'intention de quitter se réfère à l'estimation subjective d'un individu en ce qui concerne la probabilité de quitter une organisation dans un avenir proche (Cho et al., 2009). Il est considéré comme un désir conscient et délibéré (Cho et al., 2009). La littérature suggère que l'intention de quitter représente le facteur le plus prédictif au départ réel des employés en plus d'être la dernière étape dans le processus de décision avant de quitter (Blake et al., 2013; McCarthy, Tyrrell et Lehane, 2007).

L'intention de rester fait référence à la volonté consciente et délibérée des employés de rester au sein d'une organisation (Cho et al., 2009). L'étude de Howe et al. (2012) démontre que les déterminants de l'intention de rester ne sont pas l'opposé des déterminants de l'intention de quitter. Sans être l'opposée de l'intention de quitter, les facteurs qui influencent l'intention de rester sont similaires aux facteurs déterminants de l'intention de quitter (Nancarrow et al., 2014).

Dans la littérature, aucune étude québécoise ou canadienne traitant de l'intention de quitter ou du départ des IPSPL n'a été recensée.

Pour ce qui est des études américaines, peu d'études ont été recensées. Bien qu'aux États-Unis les IPS ne soient plus au stade d'initier leur rôle, elles font face à beaucoup de résistance dans l'expansion et dans le maintien de leur rôle et de la qualité des soins (De Milt et al., 2011). Les résultats d'une étude aux États-Unis qui s'intéressait à l'intention de quitter de 254 IPS montrent que 27,2% des IPS pensent à quitter leur poste et que 5,5% de celles-ci pensent à quitter la profession (De Milt et al., 2011). Une autre étude américaine plus récente traitant de l'intention de quitter des IPS arrivait à une conclusion comparable avec 39,4% des IPS qui pensaient quitter leur milieu de travail (Brom, Melnyk, Szalacha et Graham, 2016).

Le manque d'étude sur l'intention de quitter des IPS est flagrant. De plus, seulement quelques études mesurent cette intention, ce qui rend la comparaison difficile entre les IPS des différentes provinces, des différents pays et même au sein de la profession infirmière.

2.2 Facteurs influençant l'intention de quitter

Dans cette section, les différents facteurs influençant l'intention de quitter des IPSPL et des infirmières seront définis en suivant la structure du modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010). Les facteurs sont d'abord définis, ensuite une recension des écrits décrit de quelle manière le facteur a un impact sur l'intention de quitter des IPSPL.

2.2.1 Caractéristiques personnelles de l'IPSPL

Les caractéristiques personnelles de l'infirmière peuvent être l'âge, le genre, l'état civil, le poste, l'ancienneté, etc. (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010).

L'influence des caractéristiques personnelles des infirmières sur l'intention de quitter a été beaucoup étudiée dans la littérature sur les infirmières en général, mais aucune étude n'a été recensée sur les IPSPL.

Pour ce qui est des infirmières (non-IPS), plusieurs études ont tenté de corréler les effets des caractéristiques personnelles des infirmières avec l'intention de quitter (Chan et al., 2013; Nei et al., 2015; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Ces différentes caractéristiques peuvent potentiellement avoir un impact sur les perceptions du travail qu'a l'infirmière et sur l'attitude que les infirmières ont face à leur travail, ce qui peut les amener à avoir l'intention de quitter leur milieu (Nei et al., 2015).

L'âge et l'ancienneté sont deux facteurs très explorés dans la littérature. Les auteurs s'entendent pour dire que les infirmières plus jeunes sont plus portées à avoir l'intention de quitter leurs emplois (Duffield et al., 2009; Estryn-Béhar et al., 2007; Filipova, 2011; Hayhurst et al., 2005; Simon et al., 2010; Tourangeau et Cranley, 2006) et que les infirmières plus âgées ont plus tendance à rester dans leurs emplois respectifs (Duffield et al., 2009; Filipova, 2011; Nowrouzi et al., 2016).

Pour ce qui est de l'ancienneté, le nombre d'années à travailler dans un établissement est positivement lié à l'intention de rester (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Plus une infirmière a travaillé au sein d'un établissement, moins elle est portée à le quitter (Leveck et Jones, 1996; Tai et al., 1998; Taunton et al., 1997). Selon Filipova (2011), les infirmières ayant travaillé dans un établissement pendant plus de 10 ans sont moins tentées de le quitter que les infirmières ayant travaillé dans ce même établissement durant moins de deux ans. D'ailleurs, un lien significatif entre l'âge et l'ancienneté a été démontré à plusieurs reprises dans la littérature. Ainsi, les jeunes infirmières avec peu d'ancienneté sont plus portées à quitter que les infirmières

plus âgées ayant plus d'ancienneté (Chan et al., 2013; Duffield et al., 2009; Mrayyan, 2005; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010).

Ensuite, le genre peut aussi être associé à l'intention de quitter. En effet, selon les études, les hommes ont une plus grande intention de quitter que les femmes (Estry-Béhar et al., 2007; Estry-Béhar et al., 2010; Leineweber et al., 2016)

Par ailleurs, l'état civil peut aussi venir influencer l'intention de quitter des infirmières. Le fait d'être mariée ou d'avoir des enfants fait en sorte que l'infirmière est plus portée à rester au sein de l'établissement (Duffield et al., 2009), tandis qu'être célibataire est un facteur qui augmente son intention de quitter (Estry-Béhar et al., 2007).

Le niveau d'éducation peut aussi venir influencer l'intention de quitter. Selon la littérature, le niveau d'éducation est négativement corrélé à l'intention de quitter (Estry-Béhar et al., 2007; Mrayyan, 2005; Sourdif, 2004; Tzeng, 2002; Yin et Yang, 2002).

2.2.2 Facteurs externes

Selon Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), les facteurs externes sont considérés comme des facteurs pouvant influencer la décision de quitter de l'infirmière, mais sur lesquels l'établissement n'a pas de contrôle.

Une raison souvent abordée dans la littérature est le fait d'avoir l'opportunité de travailler dans un établissement plus près du domicile (Nei et al., 2015; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010) ou qui répond plus aux objectifs personnels ou au plan de carrière de l'infirmière (De Milt et al., 2011). Aussi, selon les études les jeunes infirmières quittent souvent leur milieu de travail en raison d'un déménagement dans une autre ville pour des raisons personnelles ou pour

aller rejoindre leur conjoint (Bowles et Candela, 2005; Kovner, Fairchild, Poornima, Kim et Djukic, 2007).

Plus spécifiquement pour les IPSPL, le fait de travailler en milieu urbain ou en milieu rural peut avoir une influence sur leur intention de quitter (Bae, 2016). Toujours selon cette étude, les IPS travaillant en milieu rural ont une meilleure relation avec leurs médecins partenaires, voient plus de patients en moyenne par semaine et font en moyenne le même nombre d'heures que les IPS en milieu urbain. De plus, dans cette même étude, les IPS en milieu rural étaient plus en accord avec l'affirmation qu'elles travaillaient à leur pleine étendue de pratique que les IPS en milieu urbain. Comme l'environnement de travail, l'étendue de pratique et le niveau d'autonomie sont différents entre les milieux urbains et ruraux, la satisfaction au travail des IPS travaillant dans ses milieux peut donc varier (Bae, 2016).

2.2.3 Réponses physiques et psychologiques au travail

Selon Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), les réponses physiques et psychologiques au travail représentent la perception que les infirmières ont sur leur travail et l'impact que celui-ci a sur leur vie. En effet, ils mentionnent que les infirmières qui se décrivent comme stressées et fatiguées sont plus enclines à quitter leur emploi en raison de l'impact négatif qu'a celui-ci sur leur santé. Par ailleurs, ces mêmes auteurs mettent de l'emphasis sur l'équilibre travail-famille comme affectant les infirmières et les influençant beaucoup dans leur décision.

Pour les IPS, peu d'études traitant de ce sujet sont actuellement disponibles. Cependant, il est connu que le stress et l'épuisement sont des facteurs qui peuvent influencer leur intention de quitter (De Milt et al., 2011). Plusieurs études ont été recensées sur la période de transition entre leur ancien rôle d'infirmière clinicienne et leur nouveau rôle d'ISP et l'impact de cette période

sur le départ des IPS (Bae, 2016; Faraz, 2017; Harrington, 2011; Kostrey Horner, 2017; Poronsky, 2013). Selon l'étude exploratoire de Poronsky (2013), cette période peut entraîner un grand stress en raison de sentiments d'incertitude et de doute auquel la nouvelle infirmière praticienne peut avoir face à son nouveau rôle. Les facteurs qui influencent le stress et la fatigue des IPS et leur impact sur leur intention de quitter sont des facteurs qui n'ont pas été étudiés encore.

Afin d'augmenter la compréhension de ce facteur, les prochaines études recensées traitent de ce facteur auprès d'infirmières (IPS). D'abord, dans les études, le stress est grandement associé à l'intention de quitter des infirmières (De Milt et al., 2011; Duffield et al., 2009; Hong et Lee, 2016; Scammell, 2016). En effet, il est fortement associé à l'insatisfaction au travail et est l'une des causes principales qui poussent les infirmières à changer d'emploi (Applebaum, Fowler, Fiedler, Osinubi et Robson, 2010), ou à quitter la profession (Flinkman, Leino-Kilpi et Salanterä, 2010; Zeytinoglu et al., 2006). Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer ce facteur en mentionnant que les infirmières sont quotidiennement exposées à toute sorte de stressors psychologiques tels que les longues heures de travail, les quarts de travail rotatifs et l'épuisement émotionnel (Jennings, 2008; Jourdain et Chênevert, 2010), ce qui est amplifié par le fait que l'infirmière se doit de développer ses aptitudes et ses compétences pour être en mesure d'accomplir un large éventail de tâche, en plus d'assumer de nombreuses responsabilités, tout en offrant des soins infirmiers de qualité à ses patients (Jennings, 2008). D'autres auteurs mentionnent que la surcharge au travail entraîne du stress, des tensions au travail, un épuisement émotionnel (O'Brien-Pallas et al., 2006). Par ailleurs, selon Applebaum et al. (2010), ce n'est pas le stress lui-même qui amène les infirmières à quitter leur emploi, mais bien les conséquences physiques du stress comme le manque de repas, les symptômes physiques et les heures supplémentaires. Selon la méta-analyse de Nei et al. (2015), le stress peut avoir des conséquences

physiques comme l'augmentation de pression artérielle ou les céphalées et des conséquences psychologiques comme l'augmentation de l'anxiété ou des frustrations.

Ensuite, la fatigue et l'épuisement sont liés à une plus grande intention de quitter (Chiang et Chang, 2012; Perry et al., 2016). Cette fatigue peut être causée par le manque de sommeil, de longues heures de travail, des quarts de travail consécutifs et le manque de pauses (Witkoski et Dickson, 2010). De plus, elle peut affecter directement la qualité des soins au patient et toucher la santé psychologique et physique de l'infirmière en augmentant les risques de dépression et de blessures (Trinkoff, Le, Geiger-Brown, Lipscomb et Lang, 2006).

Par ailleurs, l'équilibre travail-famille est un concept important qui peut, s'il est négligé, influencer l'intention de quitter des infirmières (Flinkman et al., 2010; Lee, Dai et McCreary, 2015). En effet, selon Lee et al. (2015), la vie professionnelle des infirmières peut venir à déborder sur leur vie familiale et, si celles-ci considèrent cela comme intrusif, les inciter à quitter leur emploi. De plus, la perception de manquer de temps et d'énergie pour accomplir avec succès le travail et les rôles familiaux est associée à une tension au travail et à la maison, à la dépression et au stress (Byron, 2005). L'interférence entre le travail et la famille fait en sorte que l'employé ne sait plus concilier les exigences concurrentes de ces deux rôles (Greenhaus, Collins, Singh et Parasuraman, 1997).

Finalement, les réactions émotionnelles des infirmières face à l'épuisement au travail, au stress, aux conflits familiaux (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn et Salanterä, 2008) et aux problèmes physiques comme les blessures et la fatigue (Stichler, 2013) ont une influence sur l'état santé des infirmières et viennent impacter leur intention de quitter (Hayes et al., 2006; Perry et al., 2016).

2.2.4 Reconnaissance au travail

La reconnaissance du travail est un facteur important qui vient influencer l'intention de quitter ou de rester des infirmières (Chiharu, Hidenori et Sawako, 2015; Duffield, Roche, Blay et Stasa, 2011; Ellenbecker, 2004; Gess, Manojlovich et Warner, 2008; Nei, Anderson Snyder et Litwiler, 2015; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Selon le modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), le facteur «reconnaissance au travail» inclut plusieurs composantes qui sont : le salaire, les récompenses, les bénéfices et la reconnaissance de son travail par l'employeur.

La reconnaissance au travail peut prendre plusieurs formes. Tout d'abord, elle peut être sous forme de récompenses monétaires. Pour les infirmières praticiennes, le salaire, le manque de primes et les heures supplémentaires non rémunérées représentent une grande source d'insatisfaction (Kacel et al., 2005; Miller et al., 2005; Pasarón, 2013; Schiestel, 2007; Wild, Parsons et Dietz, 2006). Par ailleurs, une étude descriptive québécoise traitant des facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique des IPSPL mentionne que la charge importante de travail de celles-ci les oblige à faire du temps supplémentaire et que, pour la majorité d'entre elles, ces heures ne sont pas rémunérées par l'employeur (Côté et al., 2018). Le refus de l'employeur de payer ces heures supplémentaires en plus d'un salaire que plusieurs jugent insuffisant, selon l'étude, démontre pour certains un manque de reconnaissance de leur valeur professionnelle de la part de leur employeur. Ainsi, cela peut les amener à remettre en question leur choix de carrière et à quitter leur milieu de pratique (Côté et al., 2018; Pasarón, 2013). L'étude de Côté et al. (2018) est une étude descriptive québécoise non jugée par les pairs ce qui fait d'elle une étude à faible niveau d'évidence scientifique (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Cependant, comme peu d'études québécoises ont été faites sur le sujet, l'étude sera tout de même

utilisée pour décrire la situation des IPS au Québec. Les résultats de l'étude doivent tout de même être interprétés prudemment.

La reconnaissance au travail peut aussi prendre la forme de récompenses ou de bénéfices. Aucune étude sur les IPSPL n'a été recensée sur cette forme de reconnaissance. Par contre, on sait que les récompenses et bénéfices sont reconnus pour jouer un rôle décisif pour l'infirmière (non-IPS) dans sa décision de rester ou de quitter (Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull et King, 2009; Force, 2005; Hsu, Chiang, Chang, Huang et Chen, 2015; Nei et al., 2015; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Les bénéfices et avantages peuvent prendre plusieurs formes comme: les prestations de retraite, les congés parentaux, les assurances collectives, la possibilité de prendre des vacances au moment voulu, l'accès à des formations payées, un stationnement sécuritaire et abordable, l'accès à des installations de conditionnement physique et l'accès à une garderie (Chandra, 2003; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). Selon Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), les bénéfices sont considérés comme des récompenses importantes qui encouragent les infirmières à rester à l'emploi. Selon l'étude longitudinale de Derycke et al. (2010), une frustration récurrente envers le système de récompenses diminue la motivation et l'engagement des infirmières. De plus, ils ajoutent qu'il doit y avoir réciprocité entre les efforts fournis par les infirmières et les récompenses; car, en cas contraire, l'intention de quitter des infirmières est considérablement augmentée.

2.2.5 Relation avec les patients et contenu du travail

Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) définissent ce facteur comme la qualité de la relation que les infirmières entretiennent avec leurs patients et leur famille. Aussi, ils

mentionnent que cela représente la satisfaction de l'infirmière face à son travail et aux tâches qu'elles doivent accomplir au quotidien.

Dans les dernières années, les infirmières praticiennes ont su démontrer leurs habiletés à administrer des soins de qualité à leur clientèle (Fairman, Rowe, Hassmiller et Shalala, 2011; Martin-Misener et al., 2015; Newhouse et al., 2011). Par ailleurs, plusieurs études suggèrent que l'implication de l'IPSPL améliore l'état de santé global des patients qu'elle soigne (Martin-Misener et al., 2015; Poghosyan et al., 2016). Selon la revue systématique de Martin-Misener et al. (2015) qui traite de la rentabilité des soins dispensés par les IPS en première ligne ou en spécialité, ceux-ci mentionnent que les soins offerts par les IPS sont équivalents de ceux prodigués par les médecins, sont appréciés des patients et sont à coûts moindres. Plus précisément, par exemple, la revue systématique de Martin-Misener et al. (2015) fait mention d'une étude chez des patients hypertendus recevant des soins soit par des IPS en clinique ambulatoire ou soit par des médecins généralistes. L'étude concluait que, 6 mois après leur visite, la baisse de la pression artérielle diastolique des patients était plus importante dans le groupe ayant consulté une IPS que dans le groupe ayant consulté un médecin. Selon ces mêmes auteurs, les études mentionnent aussi que les IPS sont capables d'identifier justement les anormalités physiques de leurs patients, en donnant de l'information ciblée à leur clientèle sur leurs problématiques de santé et en prenant plus de temps pour leurs consultations afin d'écouter et de communiquer adéquatement avec leurs patients. Toujours selon la revue systématique de Martin-Misener et al. (2015), les IPS sont plus enclines à faire un suivi et à demander aux patients de revenir à la clinique pour une deuxième visite que les médecins. Par ailleurs, plusieurs études mentionnent que les patients sont plus satisfaits des soins qu'ils reçoivent des infirmières praticiennes que de leur médecin traitant (Bae, 2016; Christmas, 2008; Fairman et al., 2011;

Horrocks, Anderson et Salisbury, 2002; Kinnersley et al., 2000; Laurant et al., 2008; Martin-Misener et al., 2015; Newhouse et al., 2011).

Cependant, plusieurs insatisfactions sont présentes face au niveau de soutien que l'infirmière praticienne reçoit pour soigner ses patients au quotidien (Poghosyan et al., 2017). De plus, le manque de ressources peut entraîner des retards dans son horaire et les empêcher d'offrir des soins de qualité (Poghosyan, Nannini, Smaldone, et al., 2013). Ainsi, les difficultés auxquelles font face les IPSPL dans leur quotidien peuvent les amener à quitter leur emploi (Poghosyan et al., 2017).

2.2.6 Conditions de l'environnement de travail

Plusieurs auteurs ont tenté de définir l'environnement de travail. D'abord, Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) définissent l'environnement de travail comme un milieu fournissant les ressources humaines et les ressources matérielles nécessaires pour donner des soins sécuritaires aux patients. De son côté, Lake (2002) définit l'environnement de travail comme les caractéristiques organisationnelles d'un milieu de travail qui limitent ou facilitent la pratique professionnelle de l'infirmière dans ce milieu. Ces caractéristiques étant la gestion et le soutien des soins infirmiers, la participation des infirmières aux préoccupations du milieu de soins, la promotion de la qualité des soins aux patients, la dotation en personnel infirmier et les relations entre médecins et infirmières (Lake, 2002).

Un environnement de travail sain favorise le traitement des employés avec équité et respect, favorise une culture de communication tout en prônant un environnement de collaboration et de confiance entre les équipes professionnelles (Erenstein et McCaffrey, 2007). Par ailleurs, un environnement de travail sain est celui dans lequel une infirmière est capable de

prodiguer des soins de qualité qui lui procure la satisfaction d'avoir fait un bon travail (Blake et al., 2013).

Bref, le concept de l'environnement de soin des infirmières est abordé souvent dans les études et est défini de différentes manières. Cependant, la majorité des études s'entendent sur le fait qu'il doit être sécuritaire, curatif, humain, respectueux des droits, responsable, prôner la collaboration entre les professionnelles et répondre aux besoins de tous y compris les patients, leurs familles et des infirmières (Aiken et al., 2011; Blake et al., 2013; Christmas, 2008; Erenstein et McCaffrey, 2007; Hayes et al., 2012; Kutney-Lee, Wu, Sloane et Aiken, 2013; Nantsupawat et al., 2017).

Selon Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), l'environnement de travail peut être influencé par plusieurs facteurs tels que l'implication du gestionnaire, les relations avec les collègues de travail, le soutien de l'organisation de soins, la stabilité des patients, la disponibilité de l'équipement médical et, finalement, l'environnement physique de travail. L'implication du gestionnaire, les relations avec les collègues de travail et le soutien de l'organisation sont d'autres facteurs importants et leur impact sur l'intention de quitter sera expliqué ultérieurement dans la recension des écrits.

L'environnement de travail des organisations de soins en santé primaires est très différent de celui d'un hôpital (Tallia et al., 2003). En effet, les IPS travaillant en première ligne ont un rôle, une étendue de pratique et des responsabilités différentes des infirmières travaillant en milieu hospitalier (Poghosyan et al., 2017). Aussi, l'étendue de pratique de l'IPSPL et celle du médecin se chevauche souvent dans les milieux de santé primaire, tandis qu'à l'hôpital, les infirmières ont un rôle professionnel distinct de celui d'un médecin (Poghosyan et al., 2017). Plusieurs études s'entendent pour dire que, pour les IPSPL, la relation qu'elles entretiennent avec leurs médecins partenaires et leurs gestionnaires est un aspect important qui affecte grandement

leur environnement de travail (Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017; Poghosyan, Nannini, Smaldone, et al., 2013; Poghosyan, Nannini, Stone et Smaldone, 2013). Une autre des difficultés auxquelles elles font face dans les milieux est de ne pas avoir accès aux mêmes ressources professionnelles que les médecins pour répondre aux besoins des patients (Poghosyan et Aiken, 2015; Poghosyan et al., 2017; Poghosyan, Nannini, Smaldone, et al., 2013). Pour les IPSPL un environnement de travail sain qui supporte leur travail, leur donne les ressources nécessaires pour bien traiter les patients et qui promeut des soins de qualité augmente leur satisfaction et diminue leur intention de quitter (Poghosyan et al., 2017; Poghosyan, Nannini, Stone, et al., 2013).

Malgré le fait que l'importance de la qualité de l'environnement de travail a été beaucoup étudiée chez les IPS, les éléments inclus dans la définition du déterminant de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) n'ont pas tous été étudiés. Ainsi, les prochaines études qui compléteront ce thème seront issues d'études sur les infirmières (non-IPS).

D'abord, Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) mentionnent que pour les infirmières, la disponibilité des ressources matérielles et humaines est un facteur pouvant influencer l'intention de quitter (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). En effet, le manque de ressources est la première cause de désengagement des infirmières au travail (Jourdain et Chênevert, 2010; Leineweber et al., 2016; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010).

Aussi, un des principaux facteurs liés au mécontentement des infirmières face à leur environnement de travail est le manque de personnel infirmier qualifié dans les milieux, ce qui entraîne une demande excessive à faire des longues heures de travail (Erenstein et McCaffrey, 2007; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010). L'environnement de travail est alors perçu comme peu sécuritaire puisqu'il contribue à l'augmentation des erreurs médicales et à la

diminution de la qualité des soins, menant ainsi à une insatisfaction des infirmières face à leur milieu de travail (Aiken et al., 2011; De Milt et al., 2011; Erenstein et McCaffrey, 2007; Poghosyan et al., 2017).

Par ailleurs, la perception que l'infirmière a de son environnement de travail est aussi un facteur décisif sur son intention de quitter (Erenstein et McCaffrey, 2007; Hayhurst, Saylor et Stuenkel, 2005). L'étude longitudinale de Leineweber et al. (2016) soutient cela en mentionnant que, lorsque les infirmières ont une vision négative de l'environnement, elles ont tendance à se détacher de l'environnement et à être démotivées. Ainsi, les infirmières sont plus portées à rester dans un environnement de travail lorsqu'elles ont la perception que celui-ci est propice au travail qu'elles doivent accomplir (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010).

Ainsi, un environnement de travail sain, respectueux et qui soutient ses employés fait en sorte que les infirmières se sentent engagées et intégrées dans l'établissement de santé, ce qui diminue leur intention de quitter (Hayhurst et al., 2005). Pour ce faire, mettre en place des interventions pour l'amélioration de l'environnement de travail est une bonne stratégie pour maintenir les infirmières (Nantsupawat et al., 2017; Van den Heede et al., 2013) et les IPS (Poghosyan et al., 2017) en poste.

2.2.7 Soutien de l'organisation et pratiques organisationnelles

Selon Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), le soutien et les pratiques organisationnelles représentent les mesures que l'employeur met en place pour soutenir et s'engager envers ses employées comme : la possibilité d'avoir accès à des formations payées, une orientation adéquate sur les départements de soins, la flexibilité dans les horaires, etc. Ces mesures ont un impact direct sur l'intention de quitter des infirmières (Tourangeau, Cummings,

Cranley, et al., 2010). Le modèle conceptuel de Poghosyan et al. (2016) vient préciser la définition de ce facteur en ajoutant que les politiques institutionnelles et le soutien de l'organisation face à leur étendue de pratique et à leur l'autonomie a une influence sur leur intention de quitter.

L'organisation des services de santé de première ligne est très différente de celle des milieux hospitaliers (Tallia et al., 2003). Ce facteur a une grande influence sur la pratique des infirmières praticiennes puisque les organisations ont le droit mettre en place des politiques et des restrictions qui peuvent avoir un impact sur les soins qu'elles peuvent donner à ses patients (Poghosyan et al., 2016). Ainsi, les organisations peuvent mettre en place des politiques qui restreignent l'autonomie et l'étendue de pratique des infirmières praticiennes spécialisées (Poghosyan et al., 2016; Poghosyan, Nannini, Stone, et al., 2013). Leur rôle et leur étendue de pratique peuvent différer d'une organisation à l'autre (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; Poghosyan et al., 2016). Cette variation fait en sorte que les IPSPL ont besoin que les organisations mettent en place des politiques qui soutiennent leur pratique autonome et clarifient leur rôle auprès des autres professionnels (Poghosyan et al., 2017). Dans une étude québécoise de Côté et al. (2018), les IPSPL mentionnaient que certaines organisations mettaient en place des règlements restreignant leur autonomie professionnelle, ce qui les empêchait d'exercer selon la pleine étendue de leur pratique. La pratique autonome est, selon les études, un facteur prédictif à l'intention de quitter des IPSPL (De Milt et al., 2011; Miller et al., 2005; Poghosyan et al., 2017; Pron, 2013; Ryan et Ebbert, 2013). Ainsi, mettre en place des politiques organisationnelles qui soutiennent l'autonomie de ces professionnelles pourrait avoir un impact sur la rétention de celles-ci (Poghosyan et al., 2016). L'article de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2012) est de bas niveau en évidence puisqu'elle n'est

pas une revue évaluée par les pairs. Cependant, l'article traite des problématiques vécues par les IPSPL dans le contexte québécois d'il y a quelques années, d'où la raison de son utilisation.

D'ailleurs, l'article de Faraz (2017), qui traite de la transition des infirmières praticiennes novices en première ligne et de leur intention de quitter, arrive à la conclusion que le fait d'avoir une plus grande autonomie professionnelle diminue l'intention de quitter. Par ailleurs, les nouvelles infirmières praticiennes qui entrent sur le marché du travail se retrouvent en période de transition entre leur ancien rôle d'infirmière et leur nouveau rôle (Bae, 2016). Cette période peut être très stressante pour les nouvelles infirmières praticiennes et plusieurs études soutiennent qu'une période d'orientation incluant du mentorat ou du préceptorat peut être très favorable afin de diminuer les départs (Faraz, 2017; Harrington, 2011; Kostrey Horner, 2017). Le mentorat diminue le stress relié à la transition, permet le partage de connaissances et d'expertise, en plus d'augmenter la confiance et préparer la nouvelle infirmière praticienne à travailler seule (Kostrey Horner, 2017). Par ailleurs, un programme d'orientation mis en place par l'employeur permet d'augmenter la satisfaction des infirmières au travail, promeut la mission et la philosophie de l'établissement, en plus de créer un environnement de travail favorable (Kiel, 2012). Dans un autre ordre d'idée, Kostrey Horner (2017) mentionne que les infirmières praticiennes peuvent avoir le sentiment d'être isolées, ce qui diminue leur satisfaction au travail. Un programme de mentorat efficace permettrait de répondre à cette problématique puisqu'il permet un partage de connaissances entre deux professionnelles d'une même profession et une croissance personnelle et professionnelle, en plus de favoriser des soins de qualité (Barker, 2006). Ainsi, ce programme permet de bien intégrer l'infirmière praticienne dans son milieu de soins et prédit une plus grande satisfaction au travail de celle-ci (Bahouth et Esposito-Herr, 2009; Kacel et al., 2005).

Aussi, une des sources principales d'insatisfaction des infirmières envers les politiques et les pratiques organisationnelles est le manque de reconnaissance de l'organisation envers leur

travail (Almost et Spence Laschinger, 2002; Metzger et Rivers, 2014). Aussi, selon l'article de Almost et Spence Laschinger (2002) et de Wild et al. (2006), il est important que l'organisation soutienne les réussites des IPS, les encourage et mette en place des opportunités d'avancement de carrière afin de les maintenir en poste. Par ailleurs, selon Stewart, McNulty, Griffin et Fitzpatrick (2010) une structure organisationnelle appropriée améliore la satisfaction au travail, la productivité et le rendement au travail, en plus de diminuer les taux d'absentéisme et, donc, augmente la rétention des IPS dans les milieux.

Aucune étude traitant de la gestion des horaires n'a été recensée pour les IPS. Pourtant, les horaires de travail ont une influence importante sur l'intention de quitter des infirmières non-IPS. En effet, plusieurs auteurs appuient le fait que les infirmières qui ont des horaires stables et flexibles sont moins enclines à quitter leur emploi (Chandra, 2003; Flinkman et al., 2008; Leineweber et al., 2016). Aussi, selon la revue des écrits de Flinkman et al. (2008), les nouvelles infirmières sont plus enclines à quitter leur travail dû aux différents quarts de travail, du temps supplémentaire et de la charge de travail. Plusieurs auteurs mentionnent que les organisations qui offrent aux infirmières la possibilité d'avoir des horaires stables et flexibles diminuent leur intention de quitter (Chandra, 2003; Flinkman et al., 2008; Leineweber et al., 2016). De plus, selon la revue systématique de Chan et al. (2013), les heures supplémentaires constituent aussi une source de frustration chez les infirmières (Zeytinoglu et al., 2006). Le temps supplémentaire est aussi une problématique chez les IPS en première ligne et en spécialité (Bae et Champion, 2016; Chen, Wang, Yang et Fan, 2016). En effet, ces deux articles mentionnent que les IPS travaillent beaucoup d'heures supplémentaires dues à leur charge de travail élevée. Selon l'article de Côté et al. (2018), les IPSPL mentionnent avoir une charge importante de travail qui les oblige à faire des heures supplémentaires qui sont majoritairement non rémunérées. Les auteurs mentionnent que cette situation peut être frustrante à long-terme et peut amener les IPSPL à

vouloir quitter leur travail. L'article de Côté et al. (2018) n'est pas une revue évaluée par les pairs, elle est donc de faible niveau d'évidence scientifique. Cependant, l'article se base sur des données recueillies par des IPSPL travaillant au Québec et peut permettre de faire un portrait de la situation québécoise.

2.2.8 Relation et soutien du gestionnaire

Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) définissent ce facteur comme étant non seulement la relation que les infirmières entretiennent avec leur gestionnaire, mais aussi comme les perceptions qu'ont les infirmières sur les aptitudes de leader, les compétences et les intentions de leur gestionnaire.

Pour ce qui est des études sur les IPS, l'étude quantitative de Poghosyan et al. (2017), explique que la relation qu'elles entretiennent avec leur gestionnaire est très importante. Selon ces auteurs, une attention particulière devrait être accordée sur cette relation et sur la communication entre ces deux professionnelles. En effet, le rôle de l'infirmière gestionnaire dans les milieux de soins en première ligne est très important puisqu'elle joue un rôle essentiel dans la structure organisationnelle et dans la manière dont les ressources sont distribuées. Ainsi, une gestionnaire qui reconnaît le travail des infirmières praticiennes, qui communique avec elles, qui comprend leur rôle et les soutiens favorise la rétention de ces professionnelles (Poghosyan et al., 2017). Selon une étude quantitative de Poghosyan et Aiken (2015) traitant de l'optimisation de la contribution des IPSPL dans les milieux de soin primaire, moins de la moitié des IPSPL ayant répondu au sondage soutenaient être en communication avec leur gestionnaire. De surcroît, 25% mentionnaient que leur rôle, leurs responsabilités et leurs compétences n'étaient pas bien compris de leur gestionnaire. Ceci est appuyé par une étude qualitative de Poghosyan, Nannini, Smaldone,

et al. (2013) où plusieurs IPSPL mentionnaient un manque de compréhension de leur gestionnaire face à leur rôle et à leur étendue de pratique. Pourtant, selon l'étude descriptive Poghosyan et al. (2016) et l'étude qualitative de Chouinard et al. (2017), pour qu'il y ait une relation favorable entre l'IPSPL et l'infirmière gestionnaire, celle-ci doit être familière avec son rôle et être capable d'en faire la promotion auprès des autres membres de l'équipe de soins. Ainsi, par ses actions auprès des autres professionnels et de l'organisation, l'infirmière gestionnaire est en mesure d'influencer l'environnement de soins de l'IPSPL et la qualité des soins prodigués aux patients (Poghosyan et al., 2016). Bref, l'infirmière gestionnaire a un rôle important et est en mesure de diminuer l'intention de quitter des IPSPL (Poghosyan et al., 2017).

Dans la définition du thème «relation et soutien du gestionnaire» de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), les auteurs mentionnent que le leadership est une composante importante. Cependant, aucun article traitant de ce sujet n'a été recensé auprès des IPS. Ainsi, les articles suivants seront issus de la littérature sur les infirmières (non-IPS).

Dans la littérature, le style de *leadership* de l'infirmière gestionnaire est connu comme étant un facteur qui affecte la rétention et l'intention de quitter des infirmières (Cowden, Cummings et Profetto-Mcgrath, 2011; Duffield et al., 2009; Eisler, 2009; Ellenbecker, 2004; Force, 2005; Hayes et al., 2012; Kleinman, 2004; Ribelin, 2003; Seung-Wan, Soojin et Suk Bong, 2017; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010; Warshawsky, Wiggins et Rayens, 2016). De plus, selon Duffield et al. (2009), l'infirmière gestionnaire peut avoir une influence positive sur l'environnement de travail par son *leadership*. En effet, toujours selon ses auteurs, grâce à son *leadership*, elle est capable d'influencer l'augmentation des ratios, d'offrir du soutien aux infirmières dans leur pratique, de diminuer la charge de travail, de répondre aux préoccupations des infirmières et de supporter la relation des infirmières avec les médecins.

Dans les écrits, deux styles de *leadership* de l'infirmière gestionnaire ont une influence sur la rétention et sur l'intention de quitter des infirmières soit le *leadership* participatif ou le *leadership* transformationnel. D'abord, le *leadership* participatif se caractérise par le fait que l'infirmière gestionnaire cherche à avoir l'opinion et les idées des infirmières dans la prise de décision et promeut la communication (Volk et Lucas, 1991). Suite à leur étude, les auteurs ont obtenu une association significative entre ce style de *leadership* et la diminution de l'intention de quitter des infirmières. Pour ce qui est du *leadership* transformationnel, les études le caractérisent par une forte communication entre la gestionnaire et les infirmières en ce qui a trait aux buts de l'organisation, aux valeurs et à la vision (Dunham-Taylor et Klafehn, 1995; Leveck et Jones, 1996; Upenieks, 2003). Ce style de *leadership* est associé à une plus grande fierté et motivation du personnel, au partage de la vision de l'organisation avec les infirmières et à l'implication des infirmières dans la réalisation des objectifs et des buts de l'organisation, tout en faisant preuve d'ouverture face aux idées et aux commentaires des infirmières (Force, 2005; Kleinman, 2004; Raup, 2008). D'ailleurs, la revue systématique de Pearson et al. (2007) sur le *leadership* infirmier et son impact sur l'environnement de travail a recensé 48 études et est arrivée à la conclusion qu'une infirmière gestionnaire qui utilise un *leadership* transformationnel améliore la productivité de son équipe, la satisfaction au travail et la rétention des infirmières. Ce qui se reflète aussi dans la revue systématique de Cowden et al. (2011) par l'association significative du *leadership* transformationnel à l'augmentation de l'intention de rester des infirmières.

Finalement, la perception que l'équipe a du pouvoir, du *leadership*, du style de *leadership*, de l'influence, des compétences et des intentions de l'infirmière gestionnaire est un facteur important à la rétention et influence leur intention de rester ou de quitter (Cowden et al., 2011; Duffield et al., 2011; Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010).

2.2.8 Relation avec les collègues de travail

Selon Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), la qualité et la nature de la relation entre les collègues de travail est le facteur le plus important dans l'intention de quitter. Ellenbecker (2004) définit la relation entre collègues de travail comme la perception que l'infirmière a du soutien reçue par ses pairs et elle le conceptualise aussi comme étant la qualité du soutien social, de la communication et de l'interaction entre collègues, en plus d'être la perception de l'intégration dans le groupe et la présence d'un climat de travail collégial.

Pour l'IPSPL, le manque de soutien de leurs collègues de travail et de mauvaises relations de travail crée un environnement de travail défavorable et augmente leur intention de quitter (Poghosyan, Lucero, Rauch et Berkowitz, 2012). Selon une étude qualitative de Poghosyan, Nannini, Stone, et al. (2013), les IPSPL mentionnaient ne pas recevoir le même soutien de l'équipe de soins de leur milieu de travail que les médecins. Cette problématique peut affecter les soins prodigués aux patients, diminuer la satisfaction au travail des infirmières et les inciter à quitter leur emploi (Poghosyan et al., 2017). Par ailleurs, selon Côté et al. (2018), le manque de connaissances face au rôle, un manque de reconnaissance du rôle et un manque de clarté dans le rôle de l'IPSPL dans les établissements de santé peut constituer un frein majeur à la collaboration et au travail d'équipe.

Par ailleurs, la relation que les IPSPL entretiennent avec les médecins est un facteur très important (De Milt et al., 2011). En effet, une communication inadéquate, un manque de respect entre les professions et un manque de soutien du médecin peuvent être une barrière importante à la pratique de l'IPSPL et avoir un impact sur la qualité des soins. De plus, De Milt et al. (2011) affirment que les infirmières qui entretiennent une relation de supervision avec leur médecin partenaire sont moins satisfaites au travail que les infirmières qui entretiennent une relation de collaboration. En appui, Poghosyan et al. (2017) mentionnent que le niveau de collaboration et la

relation que les infirmières praticiennes en première ligne entretiennent avec les médecins est un facteur prédictif à leur intention de quitter.

Dans un autre ordre d'idée, il est aussi connu que pour les infirmières (non-IPS) : la cohésion dans le groupe de travail (Nelsey et Brownie, 2012), la confiance entre collègues (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010), les relations amicales entre collègues (Brewer, Kovner, Greene et Cheng, 2009; Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser et Djukic, 2012; Strachota, Normandin, O'brien, Clary et Krukow, 2003), la stabilité et la fiabilité du groupe de travail (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010), la qualité de l'esprit d'équipe (Brunetto et al., 2013; Nelsey et Brownie, 2012), le climat d'équipe (Caricati et al., 2014; Lee et al., 2015), le sentiment d'appartenance (Tourangeau, Cummings, Cranley, et al., 2010) et le soutien des pairs (Apker et al., 2009) sont tous des facteurs qui diminuent l'intention de quitter des infirmières.

À l'opposé, la présence de conflits sur le milieu de travail (Kang, Lee et Choi, 2017; Seung-Wan et al., 2017), le manque de communication dans l'équipe (Apker et al., 2009) et la présence de violence verbale (Aiken et al., 2002; Norris, 2004; Rosenstein, 2002) sont connus dans la littérature pour augmenter l'intention de quitter.

2.3 Conclusion de la recension

Pour conclure, la littérature abonde sur les facteurs qui influencent l'intention de quitter des infirmières non-IPS. Beaucoup d'études quantitatives et qualitatives québécoises et canadiennes ont été faites sur le sujet et les résultats sont similaires aux études réalisées à l'étranger. Pour ce qui est des facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL, ceux-ci sont méconnus autant au Québec qu'au Canada. Quelques études sur ce thème ont été faites aux États-Unis, mais les études ne mesurent pas tous les facteurs présentés dans cette recension en

une seule étude. Ainsi, il y a peu de connaissance en général sur l'intention de quitter des IPSPL. Par ailleurs, la littérature présente beaucoup d'études qualitatives et descriptives sur le sujet, mais très peu sont quantitatives. Cette étude permettrait donc d'apporter d'autres informations sur le sujet en plus d'être en mesure de quantifier l'intention de quitter des IPSPL au Québec, une donnée non-disponible jusqu'à présent. Par ailleurs, les problématiques autour de l'intégration des IPSPL ne sont pas exclusives au Québec. Les IPSPL travaillant dans les autres provinces canadiennes et même aux États-Unis vivent des problématiques qui sont similaires, d'où l'importance de faire cette étude.

Chapitre 3 – Méthode de recherche

Ce chapitre présente la méthode de recherche utilisée pour le déroulement de l'étude. Il comprend le devis de recherche, la population à l'étude, le déroulement de la collecte de données, les différentes analyses statistiques utilisées et les considérations éthiques.

3.1 Devis de recherche

Afin de répondre aux objectifs de l'étude qui sont : d'évaluer l'intention des IPSPL de quitter leur établissement, le réseau public ou la profession et d'identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL, une analyse secondaire de donnée avec un devis de recherche transversal de type corrélationnel sera utilisée. Comme le but de l'étude est d'explorer les facteurs associés à l'intention de quitter, ce devis est celui qui permet d'y répondre le mieux (Polit et Beck, 2017). De plus, comme mentionné précédemment dans la recension des écrits, peu d'études quantitatives traitent de ce sujet et regroupent plusieurs facteurs pouvant influencer l'intention dans une même étude.

3.2 Population et échantillon

La population à l'étude est l'ensemble des IPSPL travaillant dans les milieux de santé québécois. Les critères d'inclusion pour participer à la présente étude étaient d'être IPSPL, d'être membre de l'OIIQ, d'avoir fini sa formation et d'avoir une adresse courriel valide. Toutes les autres spécialités IPS étaient exclues. Ainsi, l'échantillon de la présente étude est constitué des 222 IPSPL qui ont rempli le questionnaire (n=222). L'enquête initiale a été envoyée à 281 IPSPL.

3.3 Collecte des données

Dans cette étude, l'étudiante fera une analyse secondaire de données recueillies de mars 2017 à avril 2017 lors d'une enquête réalisée auprès des IPS du Québec. Cette enquête par questionnaire en ligne auto-administré a été réalisée par Arnaud Duhoux, professeur adjoint à l'Université de Montréal, en collaboration avec l'AIPSQ.

Le questionnaire (Annexe A) utilisait la plateforme web Survey Monkey, était d'une durée d'environ 30 à 45 minutes, comprenait cinq sections et avait 78 questions. Cette enquête visait à mieux connaître les conditions de pratique des IPS du Québec. D'abord, les IPS étaient invitées à répondre à quelques questions générales et, ensuite, à des questions plus spécifiques sur : la nature de leurs tâches, la productivité, les conditions de pratique, la satisfaction au travail, l'intention de quitter, la formation universitaire, l'enseignement, la formation continue et la recherche.

Des rappels par courriel ont été faits cinq, dix et quinze jours suivant l'envoi du questionnaire. De plus, un rappel téléphonique a été fait 10 jours après l'envoi du questionnaire afin d'encourager les IPS qui n'avaient pas répondu à l'enquête à le faire.

3.4 Définition opérationnelle des variables

3.4.1 Variable dépendante

3.4.1.1. Intention de quitter. L'intention de quitter a été mesurée à l'aide du questionnaire de Lavoie-Tremblay et al. (2015). Ce questionnaire comprend sept items sur l'intention de quitter où les réponses sont données à l'aide d'une échelle Likert à sept niveaux allant de «Pas du tout en accord» à «Très fortement en accord». Dans ce questionnaire, on retrouve l'échelle traduite pour évaluer l'intention de quitter de O'Driscoll et Beehr (1994) ayant un alpha de Cronbach de 0,93, ce qui représente un niveau élevé de consistance interne (Polit et Beck, 2017). Celle-ci comprend trois items qui sont : «I think about leaving my job», «I plan to look for a new job over the next 12 months» et «I am actively searching for a new job outside the firm» qui ont été traduit en français par la méthode de Vallerand (1989). Dans la présente étude, les trois items de l'échelle de O'Driscoll et Beehr (1994) ont été utilisés pour mesurer l'intention de quitter, pour un score à l'échelle allant de 3 à 21.

Tableau 1. Échelle de Lavoie-Tremblay et al. (2015) pour mesurer l'intention de quitter des infirmières.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7
1. Je pense quitter mon établissement de soin actuel¹					1 2 3 4 5 6 7	
2. Je pense à quitter le réseau public, au profit d'une agence privée					1 2 3 4 5 6 7	
3. Je pense à quitter la profession infirmière					1 2 3 4 5 6 7	
4. Je planifie chercher un nouvel emploi dans un autre établissement de soins d'ici les 12 prochains mois¹					1 2 3 4 5 6 7	
5. Je planifie chercher un nouvel emploi (autre que la					1 2 3 4 5 6 7	

profession infirmière d'ici les 12 prochains mois.	
6. Je compte changer d'établissement de soins d'ici les 3 prochaines années¹	1 2 3 4 5 6 7
7. Je compte changer de profession d'ici les 3 prochaines années.	1 2 3 4 5 6 7

¹ : Items de l'échelle de O'Driscoll et Beehr (1994)

3.4.2 Variables indépendantes

Pour ce qui est des variables indépendantes, comme les facteurs qui influencent l'intention de rester sont similaires à ceux qui mesurent l'intention de quitter, les variables à l'étude sont des proxys permettant de mesurer sept des neuf déterminants du modèle de l'intention de rester à l'emploi de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010). L'opérationnalisation des variables indépendantes est présentée en résumé dans le Tableau II.

3.4.2.1 Reconnaissance au travail.

La reconnaissance au travail a été mesurée par deux variables. Les facteurs les plus prédictifs à l'intention de quitter des infirmières praticiennes au travail sont : le salaire et le manque de primes (Kacel et al., 2005; Miller et al., 2005; Schiestel, 2007). La première variable est la reconnaissance du niveau de formation. Elle a été mesurée par la question : «En comparant votre salaire net final avant d'être IPS (incluant primes, etc...) avec votre salaire actuel, considérez-vous que...» Les réponses à cette question ont été mesurées selon une échelle ordinale comprenant trois choix de réponse soit : «Votre salaire a augmenté», «Votre salaire a diminué» et «Votre salaire est resté semblable». Ensuite, la deuxième variable venant mesurer ce facteur est la possibilité pour l'IPSPL d'avoir droit à des primes. Cette variable a été mesurée par la question : «Avez-vous droit aux primes suivantes». Les réponses à cette question sont analysées à l'aide d'une échelle catégorielle (Oui/Non/Ne sais pas). Les choix de réponses à cette question étaient :

«Soir», «Nuit», «Fin de semaine», «De garde», «Soins critiques», «Je n'ai droit à aucune prime» et «Je ne sais pas/ ne s'applique pas». De plus, les IPSPL pouvaient à répondre à plus qu'une option. Ainsi, les IPSPL ayant répondu «Je n'ai droit à aucune prime» ont été catégorisées par la catégorie «non» et celles ayant répondu «Je ne sais pas/ ne s'applique pas» ont été catégorisées comme «Ne sais pas». Les répondantes qui ont déclaré avoir droit à au moins une prime ont été regroupées dans la même catégorie, soit «Oui».

3.4.2.2 Conditions de l'environnement de travail Ce facteur est mesuré par la présence des conditions matérielles nécessaires à la pratique de l'IPSPL dans son milieu de travail. Seulement les conditions matérielles sont considérées pour ce facteur puisque c'est le seul élément mesuré dans le questionnaire qui se rapproche de sa définition. Cette variable est mesurée par la question : «Dans votre milieu de travail principal, avez-vous votre propre bureau de consultation». Les participants devaient répondre sur une échelle de Likert à 4 niveaux allant de «Toujours» à «Jamais». Cet item a été choisi puisqu'il fait partie du modèle de convention entre le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et le médecin partenaire concernant les modalités d'intégration d'une IPSPL (Centre de santé et services sociaux du Québec, 2017) et qu'il représente bien l'intégration de l'IPSPL dans un milieu de soins.

3.4.2.3 Relation et soutien du gestionnaire.

Ce facteur est mesuré par la variable «compréhension du rôle de l'IPSPL par le gestionnaire». Selon Poghosyan et al. (2017), une infirmière gestionnaire qui comprend bien le rôle de l'IPSPL est en mesure de bien la soutenir ce qui diminue son intention de quitter. Cette variable a été mesurée par la question «Avez-vous l'impression que votre rôle est bien compris par votre supérieur immédiat?» Les réponses ont été données sur une échelle dichotomique (Oui/Non).

3.4.2.4 Soutien de l'organisation et pratiques organisationnelles.

Ce facteur est mesuré par la variable «flexibilité dans la gestion des horaires» et par la variable «autonomie». La question «Avez-vous une possibilité de flexibilité dans la gestion de votre horaire?» a été utilisée pour mesurer la variable «flexibilité dans la gestion des horaires». Les réponses ont été données sur une échelle catégorielle (Oui/Non/Ne s'applique pas). Les réponses données pour «ne s'applique pas» ont été retirées pour conserver seulement une variable dichotomique (Oui/Non) car elles étaient peu nombreuses. Pour ce qui est de la variable «autonomie», plusieurs études mentionnent que la pratique autonome est un facteur prédictif à l'intention de quitter (De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2017; Pron, 2013). Ainsi, la question «Pouvez-vous voir des patients en consultation sans présence médicale dans la clinique?». Les réponses étaient données sur une échelle catégorielle (Oui/Non/Ne s'applique pas). Nous considérons la possibilité de prescrire des examens et des médicaments comme un proxy de l'autonomie. Nous n'avons pas de données précisément sur ce sujet.

3.4.2.5 Relation avec les collègues de travail.

Le facteur relation avec les collègues de travail est mesuré par la variable «satisfaction par rapport au degré de collaboration entre les membres de l'équipe incluant le médecin partenaire» car nous considérons la collaboration comme un proxy de la relation entre les collègues de travail. Pour ce faire, l'échelle de Jones, Way et Associates, traduite en français en 2004, utilisée à plusieurs reprises pour mesurer le degré de collaboration entre les équipes interprofessionnelles et ayant un alpha de Cronbach de 0,90, a été utilisée. L'échelle comprend 11 items et les réponses ont été données sur une échelle Likert à sept niveaux, pour un score à l'échelle allant de 11 à 77. La variable sera conservée en continu.

3.4.2.6 Caractéristiques personnelles de l'IPSPL.

Les caractéristiques de l'infirmière sont mesurées par trois variables soit le sexe (homme/femme), l'âge et l'expérience de travail. Cette dernière, l'expérience au travail, est mesurée par la question : «En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmière praticienne spécialisée?». Les réponses ont ensuite été transformées en nombre d'années d'expérience.

3.4.2.7 Facteur externe

Le facteur externe mesuré dans l'étude est la région où l'IPSPL travaille. Ce facteur a été mesuré par la question «Veuillez cocher la région administrative dans laquelle vous œuvrez». Les réponses ont ensuite été recodées dans trois catégories soient région urbaine, péri-urbaine et rurale. Selon Statistique Canada (2006), une région urbaine se définit comme une région dont la population est supérieure à 1000 habitants et dont la densité de population est supérieure à 400 habitants par kilomètre carré. Ainsi, selon cette définition, seulement les régions administratives de Montréal et de Laval étaient incluses. Une région péri-urbaine est une région souvent en périphérie d'une grande ville, qui ne présente pas les caractéristiques d'un milieu rural, mais qui n'a pas tous les attributs des régions urbaines (densité populationnelle inférieure à 400 habitants par kilomètre carré) (Allen, 2003). Les régions administratives de la Capitale-Nationale et de la Montérégie correspondaient à ces critères. Finalement, les zones rurales sont caractérisées par des régions ayant des sols fertiles, des terres agricoles et présentant des paysages naturels (Allen, 2003). Comme les régions administratives couvrent un grand territoire au Québec, la majorité de celles-ci ont été catégorisées comme étant des régions rurales.

3.4.2.8 Réponses physiques et psychologiques au travail et relation avec les patients et contenu du travail.

Ces deux facteurs ne seront pas mesurés dans l'étude puisque le questionnaire ne comprenait pas de questions sur ces variables.

Tableau II. Opérationnalisation des variables indépendantes

Variables	Modalités	Niveau de mesure	Questions
Reconnaissance au travail 1- Salaire 2- Primes	1- Augmenté, diminué, semblable 2- Oui/Non/ Ne s'applique pas	1- Catégorielle 2- Catégorielle	1- En comparant votre salaire net final avant d'être IPS (incluant primes, etc..) avec votre salaire actuel, considérez-vous que... - Votre salaire a augmenté - Votre salaire a diminué - Votre salaire est resté semblable - Je ne sais pas/Ne s'applique pas 2- Avez-vous droit aux primes suivantes : (cochez tout ce qui s'applique) - Des primes de soirs, - Des primes de nuits - Des primes de fin de semaine - Des primes de gardes - Des primes de soins critiques - D'autres primes - Je n'ai pas droit à aucune prime - Je ne sais pas/ Ne s'applique pas
Condition de l'environnement de travail 1- Présence des conditions nécessaires à la pratique	1- Échelle Likert à 4 niveaux et un point ne s'applique pas	1- Catégorielle	1- Dans votre milieu de travail principal, avez-vous votre propre bureau de consultation?

l'infirmière 1- Sexe	1- Homme/ Femme	1- Dichotomique	1- Vous êtes? - Un homme - Une femme - Autre
2- Âge	2- 27 à 58 ans	2- Continue	2- Quel est votre année de naissance?
3- Expérience de travail	3- 1 à 13 ans	3- Continue	3- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)?
Facteurs externes 1- Région	1- Rural/Péri-urbain/Urbain	1- Catégorielle	1- Veuillez cocher la région administrative dans laquelle vous œuvrez... (plusieurs réponses possibles) - Bas-Saint-Laurent - Saguenay Lac-Saint-Jean - Capitale-Nationale - Mauricie-et-Centre-du-Québec - Estrie - Montréal - Outaouais - Abitibi-Témiscamingue - Côte-Nord - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine - Chaudière-Appalaches - Laval - Lanaudière - Laurentides - Montérégie

3.5 Analyse des données

Afin de répondre au premier objectif de recherche qui est d'évaluer l'intention des IPSPL de quitter leur établissement, le réseau public ou la profession, des analyses descriptives ont été effectuées sur chacune des sept questions du questionnaire de Lavoie-Tremblay et al. (2015).

Pour ce qui est du deuxième objectif de recherche qui est d'identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL, plusieurs analyses ont été réalisées afin d'y répondre. D'abord, la forme de la distribution a été vérifiée et le test de Kolmogorov Smirnov a confirmé la forme de la distribution. Ensuite, des analyses bivariées ont été faites entre les facteurs et l'intention de quitter. Comme la distribution n'est pas normale, les tests statistiques non paramétriques de Mann-Whitney (U) (variables indépendantes dichotomiques), de Krustal-Wallis (H) (variables indépendantes catégorielles avec plus de deux catégories) et de Spearman's Rho (r_s) (variables indépendantes continues) ont été utilisés pour mesurer l'association entre les différentes variables indépendantes et l'intention de quitter. Ensuite, une matrice de corrélation a été faite afin de vérifier s'il n'y a pas des variables indépendantes trop corrélées entre elles, soit à un seuil supérieur à 0,70 (Polit et Beck, 2017). Aussi, l'interaction entre les facteurs socio-démographiques (Âge, Sexe, expérience de travail et région) et l'intention de quitter a été évaluée. Par la suite, un modèle de régression linéaire a été généré par la méthode entrée-forcée afin d'évaluer la force de corrélation entre les différents facteurs et l'intention de quitter. Afin de s'assurer de la fiabilité du modèle, les prémisses à la régression linéaire multiple ont été vérifiées soit : la relation linéaire entre les variables indépendantes et la variable dépendante, la présence de variance dans la distribution des prédictors en évaluant la qualité du modèle de régression et par une analyse de variance ANOVA, l'absence de multicollinéarité par une matrice de corrélation et par les valeurs de la VIF, l'indépendance des erreurs par le test de Durbin-Watson, et la distribution normale des résiduels en regardant l'histogramme de la distribution des valeurs résiduelles et par la distance de Cook (Polit et Beck, 2017; Yergeau et Poirier, 2013). Étant donnée la taille de l'échantillon fixe ($n = 177$), une analyse de puissance a été réalisée pour une analyse multivariée avec 177 participants et 11 prédictors. Ceci a permis de s'assurer que la taille de l'échantillon était adéquate pour avoir des résultats significatifs (Polit et Beck, 2017).

Avant de faire l'analyse de régression, toutes les variables catégorielles ont été transformées en variables «dummies» et recodées pour signifier la présence (1) ou l'absence (0) de l'attribut mesuré.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 25.0 avec un seuil de signification à 0,05.

3.6 Considérations éthiques

L'enquête initiale a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal (Projet 17-010-CERES-D). Afin que les participants soient en mesure de faire un choix libre et éclairé, ils étaient avisés que la participation à l'enquête était volontaire et anonyme, et que toutes les composantes des réponses qui pourraient permettre de les identifier seraient rendues anonymes. Ils étaient aussi informés que, comme la participation était anonyme, une fois le questionnaire complété, ils ne pourraient plus se retirer du projet. Finalement, tous les participants étaient avertis que les données de recherche collectées seraient conservées pendant sept ans après la fin du projet dans un endroit sûr et fermé à clé.

Pour ce qui est de cette étude, le projet a d'abord été approuvé par un comité scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ensuite, le projet a été approuvé par le CERES de l'Université de Montréal (Annexe B). Pour ce qui est des considérations éthiques pour cette étude, l'information est protégée, confidentielle et les données utilisées pour l'analyse secondaire ne sont pas identificatoires puisque même une combinaison de ces données ne permet pas d'identifier une personne. Il est impossible d'identifier les participants qui ont répondu à l'étude puisque les données recueillies sont, à la base, anonymes. Ceci, permettait l'utilisation des données même si les participants n'étaient pas avisés dans l'enquête

principale de la possibilité que les données soient réutilisées pour une analyse secondaire. Les résultats ont été partagés seulement entre l'étudiante et son directeur à l'aide d'un Dropbox confidentiel où toutes les analyses et les résultats ont été enregistrés. Finalement, les données ont seulement été discutées entre l'étudiante et son directeur.

Chapitre 4 - Résultats

4.1 Article de recherche

Titre : Facteurs qui influencent l'intention de quitter d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne travaillant dans le réseau de santé québécois – une étude transversale.

Marie-Pier Beaudry, Arnaud Duhoux

Marie-Pier Beaudry, infirmière bachelière
Candidate à la maîtrise en administration des services infirmiers
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Arnaud Duhoux, inf., Ph.D, en santé publique.
Professeur adjoint
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Chercheur régulier CR-CSIS (Centre de recherche Charles-Le Moyne – Saguenay-Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé)

Revue visée : Journal of Advanced Nursing (l'article sera traduit)

Nombres de mots : 5069

Nombres de tableau : 2

4.2 Résumé

Problématique Dans les dernières années plusieurs études ont exposé les défis auxquels font face des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) dans leur pratique quotidienne. Le manque d'autonomie, l'étendue de pratique limitée et le manque de collaboration dans les équipes de soins sont des facteurs qui sont principalement ressortis de ces études. Les IPSPL aux Québec n'y font pas exception. En effet, leur déploiement a aussi été difficile pour certaines. Ces difficultés rencontrées peuvent inciter les IPSPL à quitter leur travail. Connaître les facteurs influençant l'intention de quitter des IPSPL pourrait donc permettre de maintenir ces professionnelles indispensables dans les milieux de soins. **But** Identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois. **Méthode** La présente étude est une analyse secondaire de données collectées à l'aide d'un questionnaire auto-administré d'une durée approximative de 45 minutes entre mars et avril 2017. L'échantillon de cette étude est composé des 222 IPSPL qui y ont participé. Les facteurs influençant l'intention de quitter mesurés sont : la reconnaissance au travail, les conditions de l'environnement de travail, la relation et le soutien du gestionnaire, le soutien de l'organisation et les pratiques organisationnelles, la relation avec les collègues de travail, les caractéristiques de l'infirmière et les facteurs externes. Des analyses descriptives, bivariées et une analyse de régression multiple ont été utilisées afin de répondre au but de l'étude. **Résultats** 23% des IPSPL pensent quitter leur établissement de soins d'ici les trois prochaines années (n=199), 2% pensent quitter la profession (n=198) et 10% pensent quitter le réseau public au profit d'une organisation privée (n=196). Les facteurs associés à l'intention de quitter des IPSPL sont : la diminution du salaire ($B = 2,813$, $p = 0,008$) et l'absence de flexibilité dans les horaires ($B = 3,745$, $p = 0,007$). Aussi, une plus faible collaboration avec les autres professionnels de la santé et les médecins a

été associée avec une augmentation de l'intention de quitter ($B = -0,150$, $p < 0,001$).

Conclusion : Ces nouvelles connaissances pourront aider les gestionnaires dans l'élaboration de stratégies de rétention afin de maintenir les IPSPL en poste.

Mots clés : Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, intention de quitter, rétention, analyse régression multiple, environnement de travail, salaire, collaboration, pratique organisationnelle

Introduction

Contexte

L'accès aux soins de santé primaire est une problématique importante au Canada (DiCenso et al., 2010). Dans les dernières années, plusieurs études et commissions canadiennes sur les soins de santé ont recommandé de renforcer les soins de santé primaire et de garantir à tous les citoyens l'accès à un médecin de famille (Breton et al., 2015; Kirby et Lebreton, 2002; Romanow, 2002). Cependant, l'accessibilité aux médecins représente toujours une problématique importante pour la société québécoise (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Au Québec, la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été créée dans l'optique de répondre à cette problématique (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Aujourd'hui, elles sont de plus en plus considérées comme faisant partie intégrante des équipes de soins de santé primaires (Côté et al., 2018; DiCenso et al., 2010).

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) existe depuis les années 70 au Canada (Kaasalainen et al., 2010). Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été créé en 2007 au Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014) et les IPSPL représentent la majorité des IPS, avec ses 340 membres sur les 413 IPS inscrites au Tableau de l'OIIQ en 2017 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017).

L'IPSPL se démarque de l'infirmière clinicienne par sa pratique autonome en pouvant voir des patients sans la supervision d'un médecin et par les actes avancés qu'elle peut faire, tels que : prescrire des traitements médicaux ou des examens diagnostiques, prescrire certains médicaments et procéder à des techniques invasives (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Afin d'exercer son rôle professionnel, l'IPSPL doit obligatoirement travailler en partenariat avec un ou plusieurs médecins dans le

domaine lié à sa pratique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2018). Une étude menée dans la Coopérative de solidarité SABSA, une clinique de proximité gérée par une IPSPL à Québec, a montré que moins de 5% des consultations faites par des IPSPL nécessitent une référence externe à un autre professionnel de la santé (Contandriopoulos, Duhoux, et al., 2015). Ainsi, par son rôle élargi, l'IPSPL est en mesure de prendre en charge la majorité des problématiques et des besoins des patients qui s'y présentent (Contandriopoulos, Duhoux, et al., 2015).

Au Québec, le déploiement des IPSPL a été ardu (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Côté, Freeman, Jean, Pollender et Binette, 2018; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009). Leur intégration dans les équipes de soins a été effectuée différemment selon les équipes et les régions et, si certaines IPSPL étaient attendues dans les milieux de soins, d'autres recevaient un accueil plutôt difficile (Côté et al., 2018). Dans les dernières années, plusieurs études québécoises et canadiennes ont traité des défis auxquels font face les IPSPL dans leur pratique quotidienne (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012; Chouinard, Contandriopoulos, Perroux et Larouche, 2017; Côté et al., 2018; DiCenso et al., 2010; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt et DiCenso, 2011). Le manque d'autonomie, l'étendue de pratique limitée par les établissements, la collaboration laborieuse dans les équipes de soins et un environnement de travail difficile sont tous des facteurs qui sont particulièrement ressortis dans ces études.

Ces difficultés rencontrées peuvent donner aux IPSPL l'intention de quitter leur travail (Poghosyan, Jianfang, Jingjing et D'Aunno, 2017). L'intention de quitter représente le fait que le professionnel désire quitter son travail, mais qu'il soit toujours à son poste actuel (Price, 2001).

On le définit aussi comme un état transitoire et c'est le prédicteur le plus important du départ des infirmières (Blake, Leach, Robbins, Pike et Needleman, 2013; Price et Mueller, 1981).

Le roulement de ces professionnels est très coûteux pour les établissements de soins de santé primaire, dont les ressources économiques sont déjà limitées, en plus d'affecter la qualité des soins offerts aux patients (Poghosyan, Boyd et Clarke, 2016).

Plusieurs études ont tenté d'établir les facteurs qui influencent l'intention de quitter des infirmières, (Boyle, Bott, Hansen, Woods et Taunton, 1999; Coomber et Barriball, 2007; Hayes et al., 2012; Sourdif, 2004; Taunton, Boyle, Woods, Hansen et Bott, 1997; Tourangeau et Cranley, 2006; Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron et Harvey, 2010), mais, à notre connaissance, aucune n'a été faite sur les facteurs qui influencent les IPSPL à quitter leur emploi au Québec. De ces études, plusieurs facteurs qui influencent l'intention de quitter infirmières sont ressortis. Le modèle conceptuel *Determinants of Hospital Nurse Intention to Remain Employed* de Tourangeau et al. (2010) regroupe bien ces facteurs qui sont : la reconnaissance au travail, les conditions de l'environnement de travail, la relation et le soutien du gestionnaire, les réponses physiques et psychologiques au travail, le soutien et les pratiques organisationnelles, la relation avec les patients et le contenu du travail, la relation avec les collègues de travail, les caractéristiques de l'infirmière et les facteurs externes. Afin de compléter ce modèle et d'être plus spécifique à la population étudiée, le modèle conceptuel «*Maximizing nurse practitioner (NP) contributions to primary care*» de Poghosyan et al., (2016) a été ajouté. Ce modèle permet de comprendre les défis et les obstacles auxquels font face les IPSPL dans leur pratique quotidienne et donc les facteurs qui pourraient avoir une plus grande influence sur leur intention de quitter comparativement aux infirmières travaillant en milieu hospitalier. Ainsi, il est possible de supposer que le soutien et les pratiques organisationnelles par les politiques institutionnelles, que l'étendue de pratique et l'autonomie de l'IPSPL, que l'environnement de pratique, que la relation

avec la gestionnaire et que la relation avec les collègues de travail seraient des facteurs qui auraient un impact important sur l'intention de quitter des IPSPL. En complémentarité avec le modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), le modèle de Poghosyan et al. (2016) vient spécifier le déterminant «Soutien de l'organisation et pratiques organisationnelles».

La littérature sur les facteurs qui influencent l'intention de quitter abonde et on connaît bien les facteurs qui peuvent influencer l'intention de quitter des infirmières. Cependant, aucune étude de ce genre n'a été effectuée auprès d'IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois. Par ailleurs, peu d'études quantitatives regroupant tous les facteurs pouvant influencer l'intention de quitter des IPSPL ont été faites et cette étude permettrait de quantifier cette intention qui est toujours inconnue au Québec. Cette recherche permettra donc de connaître les facteurs les plus associés à l'intention de quitter des IPSPL afin d'être en mesure de cibler les interventions et d'intervenir sur ceux-ci.

But et objectifs de recherche

Le but cette étude est d'identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois.

Les objectifs de recherche sont :

1. Évaluer l'intention des IPSPL de quitter leur établissement, le réseau public ou la profession.
2. Identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL.

Méthodologie

Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé pour répondre aux objectifs de l'étude est un devis transversal de type corrélationnel.

Population et échantillon

La population à l'étude est l'ensemble des IPSPL travaillant dans les milieux de santé québécois. Les critères d'inclusion pour participer à la présente étude étaient d'être IPSPL, d'être membre de l'OIIQ, d'avoir terminé sa formation et d'avoir une adresse courriel valide. Toutes les autres spécialités d'IPS étaient exclues de l'étude. L'invitation à participer à l'enquête initiale a été envoyée aux 281 IPSPL qui répondaient aux critères. L'échantillon de la présente étude est constitué des 222 IPSPL qui ont rempli le questionnaire. Le taux de participation est de 79%.

Collecte de données

La présente étude est une analyse secondaire de données recueillies de mars 2017 à avril 2017 lors d'une enquête par questionnaire en ligne auto-administré réalisée auprès des IPS du Québec. Cette enquête visait à mieux connaître les conditions de pratique des IPS du Québec. Le questionnaire utilisait la plateforme web Survey Monkey, était d'une durée d'environ 30 à 45 minutes, comprenait 78 questions sur : les données socio-démographiques des participants, la nature de leurs tâches, la productivité, les conditions de pratique, la satisfaction au travail, l'intention de quitter, la formation universitaire, l'enseignement, la formation continue et la recherche. Des rappels par courriel ont été faits cinq, dix et quinze jours suivant l'envoi du questionnaire. De plus, un rappel téléphonique a été fait 10 jours après l'envoi du questionnaire.

Opérationnalisation des variables

Variable dépendante

Intention de quitter. Dans la présente étude, les trois items de l'échelle de O'Driscoll et Beehr (1994) traduit en français par la méthode de Vallerand (1989) ont été utilisés pour mesurer l'intention de quitter, pour un score à l'échelle allant de 3 à 21. Plus le score est élevé et plus l'intention de quitter est importante.

Variables indépendantes

Les douze variables indépendantes sélectionnées sont des proxys permettant de mesurer sept des neuf déterminants du modèle de l'intention de rester à l'emploi de Tourangeau et al. (2010).

Reconnaissance au travail. La reconnaissance au travail a été mesurée par deux variables. La première variable était la reconnaissance du niveau de formation dans le salaire des IPSPL et elle était mesurée par la question : «En comparant votre salaire net final avant d'être IPS (incluant primes, etc...) avec votre salaire actuel, considérez-vous que...» Les réponses à cette question ont été mesurées selon une échelle ordinale comprenant trois choix de réponse soit : «votre salaire a augmenté», «votre salaire a diminué» et «votre salaire est resté semblable». Ensuite, la deuxième variable venant mesurer ce facteur était la possibilité pour l'IPSPL d'avoir droit à des primes. Cette variable était mesurée par la question : «Avez-vous droit aux primes suivantes». Les réponses à cette question ont été analysées à l'aide d'une échelle catégorielle (oui/non/ne s'applique pas). Les réponses à cette question étaient : «Soir», «Nuit», «Fin de semaine», «De garde», «Soins critiques», «Je n'ai droit à aucune prime» et «Je ne sais pas/ Ne s'applique pas». De plus, les IPSPL pouvaient répondre à plus d'un choix de réponse. Les répondantes ayant déclaré avoir droit à au moins une prime ont été regroupées dans la même catégorie.

Conditions de l'environnement de travail. La présence des conditions nécessaires à la pratique de l'IPSPL dans son milieu de travail était mesurée par la question : «Dans votre milieu de travail principal, avez-vous votre propre bureau de consultation?». Les participants devaient répondre sur une échelle de Likert à 4 niveaux allant de «toujours» à «jamais».

Relation et soutien du gestionnaire. Cette variable dichotomique a été mesurée par la question «Avez-vous l'impression que votre rôle est bien compris par votre supérieur immédiat?».

Soutien et pratiques organisationnelles. Ce facteur était mesuré par la variable «flexibilité dans la gestion des horaires» et par la variable «autonomie». La question «Avez-vous une possibilité de flexibilité dans la gestion de votre horaire?» a été utilisée pour mesurer la variable «flexibilité dans la gestion des horaires». Les réponses ont été données sur une échelle catégorielle (Oui/Non/Ne s'applique pas). Les réponses données pour «ne s'applique pas» ont été catégorisées comme «Non» pour conserver seulement une variable dichotomique (Oui/Non). Pour ce qui est de la variable «autonomie», la question «Pouvez-vous voir des patients en consultation sans présence médicale dans la clinique?». Les réponses étaient données sur une échelle catégorielle (Oui/Non/Ne s'applique pas).

Relation avec les collègues de travail. Ce facteur était mesuré par la variable «satisfaction par rapport au degré de collaboration entre les membres de l'équipe incluant le médecin partenaire» que nous avons considérée comme un proxy de la relation entre les collègues de travail. L'échelle de Jones, Way et Associates, traduite en français en 2004, ayant un alpha de Cronbach de 0,90, a été utilisée. L'échelle comprend 11 items et les réponses ont été données sur une échelle Likert à sept niveaux, pour un score à l'échelle allant de 11 à 77. Plus le score était élevé et plus la satisfaction face au degré de collaboration était positive.

Caractéristiques de l'IPSPL. Les caractéristiques de l'infirmière ont été mesurées par trois variables soit le sexe (homme/femme), l'âge et l'expérience de travail. Cette dernière,

l'expérience de travail, était mesurée par la question : «En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmière praticienne spécialisée?».

Facteur externe. Le seul facteur externe mesuré dans l'étude était la région où l'IPSPL travaille. Ce facteur a été mesuré par la question «Veuillez cocher la région administrative dans laquelle vous œuvrez». Les réponses étaient ensuite été recodées dans trois catégories soient région urbaine, péri-urbaine et rurale.

Analyse des données

Afin de répondre au premier objectif de recherche, des analyses descriptives ont été effectuées sur chacune des questions du questionnaire de Lavoie-Tremblay et al. (2015).

Pour ce qui est du deuxième objectif de recherche, des analyses bivariées ont été faites entre les facteurs et l'intention de quitter. Les tests de Mann-Whitney (U) (variables indépendantes dichotomiques), de Kruskal-Wallis (H) (variables indépendantes catégorielles avec plus de deux catégories) et de Spearman's Rho (r_s) (variables indépendantes continues) ont été utilisés pour mesurer l'association entre les différentes variables indépendantes et l'intention de quitter. Aussi, l'interaction entre les facteurs socio-démographiques (Âge, Sexe, expérience de travail et région) sur l'intention de quitter a été testée. Ensuite, une matrice de corrélation a permis de vérifier qu'aucune des variables indépendantes n'étaient corrélées à un seuil supérieur à 0,70 (Polit et Beck, 2017). Par la suite, un modèle de régression linéaire a été généré par la méthode entrée-forcée afin d'évaluer la force de corrélation entre les différents facteurs et l'intention de quitter. Afin de s'assurer de la fiabilité du modèle, les prémisses à la régression linéaire multiple ont été vérifiées soit : la présence de variance dans la distribution des prédictors, l'absence de multicollinéarité, l'indépendance des erreurs, la distribution normale des résiduels et la relation linéaire entre les variables indépendantes et la variable dépendante (Polit et

Beck, 2017; Yergeau et Poirier, 2013). Avant de faire l'analyse de régression, toutes les variables catégorielles ont été transformées en variables «dummies» et recodées par 1 et 0 signifiant la présence (1) ou l'absence (0) de l'attribut mesuré.

Les 177 participants ne présentant aucune réponse manquante aux variables à l'étude ont été inclus dans les analyses de régression. Avec 11 prédicteurs, la puissance statistique est de 97% avec une hypothèse bilatérale $\alpha = 0,05$ et un $R^2 = 0,5$.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 25.0 avec un seuil de signification à 0,05.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

Résultats

Caractéristiques des participants

La moyenne d'âge des 222 participants à l'enquête est de 36,89 ans ($\pm 6,13$ ans, de 27 à 58 ans) et 92,3% d'entre-deux étaient des femmes. Les participants avaient en moyenne 4,16 ans ($\pm 2,35$ ans, étendue de 1 à 13 ans) d'expérience comme IPSPL. Les participants travaillaient à 56,8% en milieu rural, à 24,6% en milieu péri-urbain et à 18,6% en milieu rural.

Intention de quitter

Parmi les IPSPL ayant répondu à l'enquête, 20% pensent quitter leur établissement de soin actuel, 16% planifient chercher un nouvel emploi dans un autre établissement de soins d'ici la prochaine année et 23% pensent quitter leur établissement de soins d'ici les trois prochaines années. De plus, 10% d'entre-elles pensent quitter le réseau public au profit d'une organisation

privée. Finalement, 2% d'entre-elles pensent quitter la profession, 2% planifie chercher un nouvel emploi autre que la profession infirmière dans la prochaine année et 4% compte changer de profession d'ici les trois prochaines années.

Facteurs influençant l'intention de quitter

Les résultats des analyses bivariées (Tableau I) démontrent que la diminution du salaire ($H = 12,23$, $p = 0,002$), une faible relation avec le gestionnaire ($U = 3006,0$, $p < 0,001$) et le manque de flexibilité dans les horaires ($U = 871,0$, $p < 0,001$) sont associés à l'intention de quitter. Aussi, la diminution de la collaboration ($r_s = -0,4$, $p < 0,000$) est associée à l'augmentation de l'intention de quitter des IPSPL. Par ailleurs, il n'y a pas d'interaction significative entre les facteurs socio-démographiques sur l'intention de quitter.

Tableau I. Analyses bivariées entre l'intention de quitter et les 11 facteurs à l'étude

Facteurs	Catégories	n (%)	Intention de quitter M (± SD)
Sexe (N = 199) U (p)	Homme Femme	15 (7,5) 184 (92,5)	8,07 (± 6,16) 7,85 (± 5,53) 1354,5 (0,90)
Âge (N = 212) r _s (p)			0,08 (0,29)
Expérience (N = 220) r _s (p)			0,05 (0,47)
Région (N = 199) H (p)	Rural Péri-Urbain Urbain	113 (56,8) 49 (24,6) 37 (18,6)	8,04 (± 5,64) 7,69 (± 5,90) 7,57 (± 4,97) 0,42 (0,81)
Salaire (N = 194) H (p)	Salaire diminué Salaire semblable Salaire augmenté	45 (23,2) 66 (34,0) 83 (42,8)	9,36 (± 6,11) 8,58 (± 5,39) 6,542 (± 5,15) 12,23 (0,002)
Prime (N = 199) H (p)	Présence de primes Absence de primes Je ne sais pas/Ne s'applique pas	60 (30,2) 120 (60,3) 19 (9,5)	7,42 (± 5,31) 8,23 (± 5,69) 7,00 (± 5,65) 1,16 (0,56)
Conditions environnement (N = 197) H (p)	Conditions toujours présentes Conditions souvent présentes Conditions présentes à l'occasion Conditions jamais présentes	132 (67,0) 28 (14,2) 10 (5,1) 27 (13,7)	8,16 (± 5,66) 7,07 (± 5,34) 8,30 (± 6,48) 7,33 (± 5,29) 0,62 (0,89)
Relation gestionnaire (N = 199) U (p)	Bonne compréhension du rôle Mauvaise compréhension du rôle	134 (67,3) 65 (32,6)	6,93 (± 5,24) 9,78 (± 5,77) 3006,0 (0,000)
Autonomie (N = 199) H (p)	Pratique autonome Pratique non-autonome Je ne sais pas/Ne s'applique pas	159 (79,9) 23 (11,5) 17 (9,5)	7,8428 (± 5,49) 7,22 (± 6,44) 8,94 (± 5,20) 3,19 (0,20)
Flexibilité horaires (N = 197) U (p)	Présence de flexibilité Absence de flexibilité	178 (90,4) 19 (9,6)	7,44 (± 5,30) 12,32 (± 6,25) 871,0 (0,000)
Collaboration (N = 198) r _s (p)			-0,40 (0,000)

Pour ce qui est des prémisses à la régression linéaire, la valeur de F de 3,327 ($p < 0,001$) permet d'affirmer qu'il y a une proportion significative de variances entre les différents facteurs et l'intention de quitter. En plus de permettre de rejeter l'hypothèse nulle et affirmer que le modèle de régression linéaire contribue à mieux prédire l'intention de quitter qu'un modèle sans prédicteur. Aucune corrélation entre les variables indépendantes n'est supérieure à 0,5. Les valeurs de la VIF sont près de 1 (1,101-1,375) confirmant l'absence de multicollinéarité. Le test de Durbin-Watson (2,102) est près de la valeur de référence (2), ce qui confirme l'indépendance des erreurs. La distribution des résidus présente une légère asymétrie (la distance de Cook est de 0,067 donc inférieure à 1 et les valeurs minimales et maximales (-1,801; 3,353) de la distribution des résidus standards ne sont pas loin des limites) qui ne devrait que peu affecter le modèle étant donnée la taille de l'échantillon (Montgomery, Peck et Vining, 2012).

Le modèle de régression linéaire multiple final est présenté au Tableau II. Les facteurs associés à l'augmentation de l'intention de quitter sont : la diminution du salaire ($B = 2,813$, $p = 0,008$), l'absence de flexibilité dans les horaires ($B = 3,745$, $p = 0,007$) et la faible collaboration. Plus la collaboration diminue et plus l'intention de quitter augmente ($B = -0,150$, $p < 0,001$). Le modèle explique environ 18% de la variance ($R^2 = 0,178$).

Tableau II. Modèle de régression linéaire des facteurs associés à l'intention de quitter des IPSPL (N = 177)

Variables	B	SE	β	t(p)
Constante	18,71	3,88		4,82 (0,000)
Sexe				
Homme ¹				
Femme	-0,26	1,48	0,01	-0,18 (0,86)
Âge	-0,13	0,07	-0,13	-1,71 (0,09)
Expérience	0,28	0,18	0,12	1,54 (0,13)
Région				
Rurale ¹				
Péri-urbaine	0,18	0,96	0,01	0,19 (0,85)
Urbaine	-0,71	1,08	-0,05	-0,66 (0,51)
Salaire				
Votre salaire a augmenté ¹				
Votre salaire a diminué	2,81	1,05	0,22	2,69 (0,01)
Votre salaire est resté semblable	1,53	0,92	0,13	1,67 (0,1)
Primes				
Présence de primes ¹				
Absence de primes	0,81	0,89	0,07	0,91 (0,36)
Je ne sais pas/ Ne s'applique pas	-0,01	1,52	-0,01	-0,01 (0,99)
Conditions environnement de travail				
Conditions toujours présentes ¹				
Conditions souvent présentes				
Conditions présentes à l'occasion	-0,23	1,19	-0,01	-0,19 (0,85)
Conditions jamais présentes	-2,14	1,83	-0,09	-1,17 (0,24)
	-0,99	1,11	-0,06	-0,88 (0,38)
Relation gestionnaire				
Bonne compréhension du rôle ¹				
Mauvaise compréhension du rôle	1,06	0,89	0,09	1,2 (0,23)
Autonomie				
Pratique autonome ¹				
Pratique non-autonome	-0,99	1,3	-0,05	-0,76 (0,45)
Je ne sais pas/Ne s'applique pas	1,55	1,43	0,08	1,08 (0,28)
Flexibilité dans les horaires				
Présence de flexibilité ¹				
Absence de flexibilité	3,75	1,37	0,20	2,73 (0,01)
Collaboration	-0,15	0,03	-0,32	-4,39 (0,00)

¹: Catégorie de référence, B : Coefficient de régression, SE : Ecart-type, β : Coefficient standardisé, t : Test de Student

Discussion

Les résultats de l'étude permettent 1) d'évaluer l'intention des IPSPL de quitter leur établissement, le réseau public ou la profession et 2) d'identifier les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPSPL. Avec près d'un quart des IPSPL qui ont l'intention de quitter leur établissement, les résultats de notre étude confirment ceux obtenus par De Milt, Fitzpatrick et McNulty (2011). En effet, cette étude faite aux États-Unis affirmait que 27,2% des IPS pensait quitter leur emploi et que 5,5% d'entre-elles pensaient quitter la profession. Par ailleurs, l'intention de quitter des IPSPL ne semble pas si différente de celle des infirmières cliniciennes spécialisées canadiennes. En effet, selon l'étude de Kilpatrick, Tchouaket, Carter, Bryant-Lukosius et DiCenso (2016) les infirmières cliniciennes spécialisées avaient une intention de quitter à 25%. Les infirmières cliniciennes spécialisées sont des infirmières qui détiennent une maîtrise en sciences infirmières, une expertise, des connaissances et des compétences approfondies dans une spécialité clinique (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2019). Leur rôle se compare à bien des égards à celui de l'IPS, cependant, l'infirmière clinicienne spécialisée passe beaucoup moins de temps en soins directs aux patients comparativement à l'IPS (Donald et al., 2010).

Notre modèle de régression linéaire multiple a montré que la diminution de la collaboration est associée à une augmentation de l'intention de quitter. Il a aussi montré que la diminution du salaire comparativement à l'augmentation du salaire net final avant d'être IPS et l'absence de flexibilité dans les horaires comparativement à la présence de flexibilité sont associés à l'intention de quitter des IPSPL au Québec.

Le manque de collaboration entre les IPSPL et leurs médecins partenaires est connu dans la littérature pour avoir un impact sur l'intention de quitter de celles-ci (De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2017). L'échelle de Jones, Way et Associates utilisée visait à mesurer la

collaboration avec les membres de l'équipe de soins, incluant le médecin. La relation entre les IPSPL et les médecins a été abordée fréquemment, cependant, peu d'études abordent l'importance de la collaboration avec les autres membres de l'équipe. Les résultats de l'étude montrent que cette collaboration est importante et qu'elle peut influencer l'intention de quitter des IPSPL. Afin d'augmenter la collaboration, l'ajout de rencontres statutaires entre les médecins, les différents intervenants et les IPSPL pourrait être une stratégie visant à augmenter la collaboration et pourrait diminuer l'intention de quitter des IPSPL (Côté et al., 2018). Aussi, mettre de l'emphase sur la clarification de son rôle auprès de tous les membres de l'équipe de soins, au moment de l'intégration de l'IPSPL dans le milieu, pourrait faciliter cette collaboration (Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017).

Un salaire diminué et le manque de primes sont des facteurs influençant l'intention de quitter des IPSPL (Côté et al., 2018; De Milt et al., 2011; Kacel, Miller et Norris, 2005; Pasarón, 2013). Selon les résultats de notre étude, la diminution du salaire comparativement au salaire net final avant de devenir IPSPL est un facteur contribuant à l'intention de quitter des IPSPL. Près de 23% des IPSPL ont diminué de salaire et plus de 34% ont conservé le même salaire comparativement à lorsqu'elles étaient infirmière clinicienne. Ainsi, l'IPSPL peut percevoir cette diminution comme un manque de reconnaissance de l'employeur envers sa valeur professionnelle, ce qui peut l'amener à quitter son emploi (Pasarón, 2013). Ainsi, revoir le salaire à la hausse pourrait être une stratégie pour garder les IPSPL à l'emploi des établissements de santé primaire.

Les résultats de l'étude apportent de nouvelles connaissances à l'intention de quitter des IPSPL en associant cette intention au manque de flexibilité dans les horaires. Selon Côté et al. (2018), le cadre de travail des IPSPL dans certains milieux les contraint à avoir un horaire non-adapté aux tâches qu'elles doivent accomplir au quotidien et convenant plus à une infirmière

clinicienne. Toujours selon ces auteurs, l'IPSPL doit souvent accomplir des tâches en dehors des soins directs aux patients telles que compléter les dossiers, demander des examens médicaux ou faire des suivis téléphoniques, ce qui est difficilement réalisable dans une journée régulière de travail. Cette problématique les force à faire plusieurs heures supplémentaires par semaine (Bae et Champion, 2016; Pasarón, 2013). Ainsi, le fait que l'IPSPL puisse auto-gérer elle-même son horaire en fonction de ses disponibilités, de ses responsabilités et des besoins de sa clientèle serait une bonne stratégie à adopter pour diminuer leur intention de quitter (Chen, Wang, Yang et Fan, 2016; Côté et al., 2018). Cette stratégie pourrait permettre aux IPSPL de diminuer leurs heures supplémentaires et d'avoir une meilleure conciliation travail-famille (Chen et al., 2016). Par ailleurs, restreindre les IPSPL dans la gestion de leur horaire peut aussi être perçu comme une restriction à leur autonomie professionnelle. L'insatisfaction causée par ce manque d'autonomie pourrait aussi augmenter leur intention de quitter (De Milt et al., 2011).

La relation avec le gestionnaire est associée significativement avec l'intention de quitter en analyse bivariée, mais ne l'est plus en régression linéaire multiple. Par ailleurs, cette non-association en régression est surprenante puisque la relation entre les IPSPL et leur infirmière gestionnaire a souvent été démontrée comme étant très importante et cruciale pour diminuer l'intention de quitter des IPSPL (Poghosyan et Aiken, 2015; Poghosyan et al., 2017). Ainsi, l'effet de la relation avec le gestionnaire sur l'intention de quitter pourrait être confondu par la collaboration puisqu'une infirmière gestionnaire qui connaît bien le rôle de l'IPSPL et promeut sa contribution dans les équipes de soins peut avoir un impact positif au niveau de la collaboration interprofessionnelle (Chouinard et al., 2017; Poghosyan et Aiken, 2015; Poghosyan et al., 2016), diminuant ainsi l'intention de quitter des IPSPL.

Limites et forces

Le devis corrélationnel non-expérimental utilisé ne permet pas d'étudier la causalité entre les différents facteurs et l'intention de quitter. De plus, cette étude a été réalisée à partir de données secondaires, ce qui entraîne plusieurs limitations. En effet, Le choix des variables a été fait en fonction des données disponibles dans l'enquête, limitant ainsi le nombre de facteurs du modèle de Tourangeau et al. (2010) pouvant être mesurés. Aussi, les données avaient pour but de répondre à une autre étude, il n'y avait donc pas de question directe pour la majorité des variables. Les variables ont donc été créées en combinant les informations données dans plusieurs questions. De plus, les variables originales ont dû être recodées en fonction de ce que l'on cherchait à mesurer dans l'étude, ce qui peut avoir un impact sur l'interprétation des résultats.

Quarante-cinq IPSPL (20% de l'échantillon) ont été écartées des analyses de régression pour cause de données manquantes, ce qui pourrait entraîner un biais de sélection. Cependant, la comparaison des caractéristiques socio-démographiques des 177 IPSPL inclus dans les analyses de régression et des 45 IPSPL exclus des analyses confirme que les deux groupes sont relativement semblables puisque les analyses bivariées n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes sur les variables «Intention de quitter», «Âge», «Expérience», «Sexe» et «Région».

L'étude comprend aussi plusieurs forces. D'abord, il s'agit de la première étude à mesurer autant de facteurs pouvant influencer l'intention de quitter des IPSPL. Ensuite, le taux de réponse de 79% assure la représentativité de l'échantillon et la généralisabilité des résultats.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit la première étude quantitative à se pencher sur les facteurs pouvant influencer cette intention au Québec. La profession d'IPSPL est en constant changement, leur nombre est en croissance et leur rôle est de plus en plus connu auprès des autres professionnels de la santé et de la population. L'étude a permis de montrer que le manque de collaboration, le salaire et la flexibilité dans les horaires sont associés à l'intention de quitter des IPSPL. Ces nouvelles connaissances pourront ainsi aider les gestionnaires dans l'élaboration de stratégies de rétention. Par ailleurs, les résultats obtenus sur l'intention de quitter des IPSPL pourront agir à titre de référence dans le futur afin d'évaluer l'intention de quitter des IPSPL. Pour finir, dans un contexte où cette profession est en pleine expansion, il serait pertinent de refaire cette étude à intervalles réguliers afin de pouvoir comparer les résultats et observer l'impact des changements apportés à la profession dans les prochaines années, afin d'être en mesure de mieux soutenir les IPSPL et de maintenir la croissance de cette profession.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2012). Résumé des groupes de discussion sur l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne en Montérégie. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3341/IPS_groupes_discussion_VF.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Infirmière et infirmier clinicien spécialisé. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmiere-et-infirmier-clinicien-specialise>
- Bae, S. H. et Champion, J. D. (2016). Nurse practitioners' work hours and overtime: How much, and under what working conditions? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 138-143.
- Blake, N., Leach, L. S., Robbins, W., Pike, N. et Needleman, J. (2013). Healthy Work Environments and Staff Nurse Retention. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 356-370. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182a2fa47
- Boyle, D. K., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q. et Taunton, R. L. (1999). Manager's leadership and critical nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Roberge, D., Pineault, R. et Berbiche, D. (2015). Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC family practice*, 16(1), 10.
- Chen, C. H., Wang, J., Yang, C. S. et Fan, J. Y. (2016). Nurse practitioner job content and stress effects on anxiety and depressive symptoms, and self-perceived health status. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 695-704.
- Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M. et Larouche, C. (2017). Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17(437), 1-9.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf
- Contandriopoulos, D., D'Amour, D., Dubois, C.-A., Kilpatrick, K., Brault, I., Lajeunesse, J., . . . Jean, E. (2015). *Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec*. Repéré à http://ipspl.info/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Rapport_Final-IPSPL.pdf

- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Roy, B., Cockenpot, A., Labarthe, J., . . . Lachapelle, K. (2015). *Rapport préliminaire - La Coopérative de solidarité SABSA*. Repéré à <http://pocosa.ca/wp-content/uploads/2015/09/Sabsa-FINAL.pdf>
- Coomber, B. et Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of nursing studies*, 44(2), 297-314.
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H. et Binette, S. (2018). *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Enjeux de collaboration interprofessionnelle, d'intégration du rôle et de sens du travail*. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/323321019_Cote_N_Les_facteurs_contributifs_a_l'optimisation_de_la_pratique_de_l'IPSP-L-Rapport_Final
- De Milt, D. G., Fitzpatrick, J. J. et McNulty, S. R. (2011). Nurse practitioners' job satisfaction and intent to leave current positions, the nursing profession, and the nurse practitioner role as a direct care provider. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 42-50. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., . . . Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada--thinking outside the box. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 239-259.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . Dencso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nursing Leadership*, 23, 189-201.
- Force, M. V. (2005). The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of nursing administration*, 35(7-8), 336-341.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review—an update. *International journal of nursing studies*, 49(7), 887-905.
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., . . . DiCenso, A. (2010). A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 35-60.
- Kacel, B., Miller, M. et Norris, D. (2005). Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 17(1), 27-32.
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2016). Relationship Between Clinical Nurse Specialist Role Implementation, Satisfaction, and Intent to Stay. *Clinical Nurse Specialist*, 30(3), 159-166. doi: 10.1097/nur.0000000000000203

- Kirby, M. J. L. et Lebreton, M. (2002). *The Health of Canadians - The Federal Role Final Report*. Repéré à <https://sencanada.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-e.pdf>
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L. et Austin, S. (2015). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582-592.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2011). *Soutien financier pour l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL) et des candidates IPS-PL*. (Normes et pratiques de gestion, Tome II, Répertoire circulaire). Repéré à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/a529f5a39a4cd801852578c300616bc9/\\$FILE/2011-013_Circulaire%20\(2011-06-06\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/a529f5a39a4cd801852578c300616bc9/$FILE/2011-013_Circulaire%20(2011-06-06).pdf)
- Montgomery, D. C., Peck, E. A. et Vining, G. G. (2012). *Introduction to linear regression analysis*. (5^e éd.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- O'Driscoll, M. P. et Beehr, T. A. (1994). Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates. *Journal of Organizational Behavior*, 15(2), 141-155. doi: 10.1002/job.4030150204
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées: un rôle à propulser, une intégration à accélérer. Bilan et perspectives de pérennité*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/247-IPS.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Lignes directrices: Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (2e ed.)*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2409_doc.pdf/22ff0b69-36dd-abd4-da70-4bffa9532aa
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017 - Le Québec et ses régions*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/Rapport_statistique_2016-2017.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Lignes directrices*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSPL-web.pdf>
- Pasarón, R. (2013). Nurse practitioner job satisfaction: looking for successful outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17/18), 2593-2604. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04331.x
- Poghosyan, L. et Aiken, L. H. (2015). Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. *The Journal of ambulatory care management*, 38(2), 109-117.

- Poghosyan, L., Boyd, D. R. et Clarke, S. P. (2016). Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: A proposed conceptual model. *Nursing outlook*, 64(2), 146-155.
- Poghosyan, L., Jianfang, L., Jingjing, S. et D'Aunno, T. (2017). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*, 42(2), 162-171. doi: 10.1097/HMR.0000000000000094
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. (Tenth edition.^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Price, J. L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22(7), 600-624. doi: 10.1108/EUM000000000006233
- Price, J. L. et Mueller, C. W. (1981). Professional turnover: The case of nurses. *Health systems management*, 15, 1.
- Romanow, R. J. (2002). *Building on values: the future of health care in Canada*. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. et DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1178-1190.
- Sourdif, J. (2004). Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing & Health Sciences*, 6, 59-68.
- Taunton, R. L., Boyle, D. K., Woods, C. Q., Hansen, H. D. et Bott, M. J. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 205-226.
- Tourangeau, A. E. et Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M. et Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Yergeau, E. et Poirier, M. (2013). SPSS à l'UdeS - Régression multiple. Repéré à <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/stat-inferentielles/regression-multiple.php>

Chapitre 5 - Discussion

Le but de cette recherche était d'identifier les facteurs pouvant influencer l'intention de quitter des IPSPL travaillant dans le réseau public de santé québécois en plus d'évaluer cette intention. Les facteurs à l'étude ont été déterminés à l'aide du modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) et de Poghosyan et al. (2016). Les résultats de l'étude associent l'intention de quitter des IPSPL avec le manque de collaboration, le manque de flexibilité dans les horaires et la diminution du salaire comparativement au salaire net final avant d'être IPSPL. La discussion suite aux résultats a été présentée dans l'article. Le présent chapitre abordera les forces et limites de l'étude, la contribution de ce mémoire aux sciences infirmières, ainsi que les recommandations relatives aux domaines de la pratique et de la recherche.

5.1 Résumé de la discussion de l'article

Les résultats de l'étude démontrent que 23% des IPSPL pensent quitter leur établissement de soins d'ici les trois prochaines années, que 2% pensent quitter la profession et que plus de 10% d'entre elles pensent quitter le réseau public au profit d'une organisation privée. Ces résultats sont comparables avec l'intention de quitter d'IPSPL travaillant aux États-Unis (De Milt et al., 2011).

Pour ce qui est des analyses de régression, l'association entre la diminution de la collaboration entre les IPSPL, les médecins partenaires et l'équipe de soins et l'augmentation de l'intention de quitter était statistiquement significative. Dans la littérature, plusieurs études ont obtenu des résultats similaires sur la relation entre la collaboration entre les médecins partenaires et les IPSPL et l'intention de quitter (De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2017). Mettre de l'emphasis sur l'importance de la clarification du rôle de l'IPSPL dans les milieux de soins et accorder de l'importance au soutien que les IPSPL reçoivent des autres membres de l'équipe

pourrait être une avenue pour améliorer la collaboration entre ces professionnels (Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Côté et al., 2018; Poghosyan et al., 2017).

Ensuite, la diminution du salaire comparativement au salaire net final avant d'être IPSPL a été significativement associée à l'intention de quitter. Par ailleurs, selon les données, près de 23% des IPSPL ont vu leur salaire diminué suite à leur formation et, pour près de 34% d'entre elles, le salaire est resté semblable. Cette diminution du salaire peut être en partie expliquée par la perte de revenu additionnel comme les primes de nuit ou le temps supplémentaire payé (Duhoux, 2017). Ainsi, l'IPSPL peut percevoir cette diminution de salaire comme un manque de reconnaissance de la part de l'employeur, ce qui pourrait les inciter à quitter (Côté et al., 2018; Pasarón, 2013). Ainsi, comme le suggère le modèle de Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) et le modèle de Poghosyan et al. (2016), nos résultats ont montré que le salaire que reçoit l'IPSPL a un impact sur son intention de quitter. De plus, dans leur modèle conceptuel, Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010) mentionnent aussi que les avantages sociaux tels que le salaire peuvent avoir une influence sur les réponses physiques et psychologiques au travail. Il est donc important que les organisations engagent suffisamment d'IPSPL pour améliorer l'environnement de pratique, réduire la surcharge de travail et réduire le temps supplémentaire majoritairement non payé pour permettre aux IPSPL de prodiguer des soins de qualité, sans compromettre leur santé physique et psychologique (Chen, Wang, et al., 2016).

De plus, l'absence de flexibilité dans les horaires a été associée significativement avec l'intention de quitter suite à l'analyse de régression. Ce facteur, bien connu pour influencer l'intention de quitter des infirmières en milieu hospitalier (Chandra, 2003; Flinkman et al., 2008; Leineweber et al., 2016), n'était pas connu dans la littérature pour influencer celle des IPSPL. Ainsi, permettre à l'IPSPL de gérer elle-même son horaire en fonction de ses disponibilités et des

besoins de sa clientèle pourrait être bénéfique et diminuer l'intention de quitter des IPSPL. Par ailleurs, restreindre les IPSPL dans la gestion de leur horaire peut aussi être perçu comme une restriction à leur autonomie professionnelle. Ainsi, le facteur « flexibilité dans les horaires » mesure peut-être quelque chose de plus large comme l'autonomie professionnelle de l'IPSPL. Poghosyan et al. (2016) mentionnent que les organisations en première ligne ont le droit de mettre en place des politiques et des restrictions qui peuvent avoir un impact sur les soins que les IPSPL peuvent donner à leur patient. Ainsi, comme mentionné dans les modèles conceptuels de Poghosyan et al. (2016) et Tourangeau, Cummings, Cranley, et al. (2010), modifier les politiques organisationnelles pour donner la possibilité à l'IPSPL de pouvoir gérer son horaire contribuerait à augmenter l'autonomie des IPSPL, permettrait d'améliorer leur environnement de pratique et leur permettrait d'offrir des soins de meilleure qualité qui répondent aux besoins de leur clientèle.

5.2 Limites et forces de l'étude

5.2.1 Limites

Dans le cadre de cette étude, certains aspects méthodologiques ont eu un impact sur les résultats. D'abord, le devis corrélationnel non-expérimental ne permet pas d'étudier la causalité entre les différents facteurs et l'intention de quitter. Par ailleurs, nous avons opté pour une analyse secondaire de données déjà recueillies. Cette option avait plusieurs avantages au niveau de la collecte de données, mais elle avait aussi plusieurs limites abordées dans l'article du mémoire. L'enquête initiale ne mesurait pas tous les facteurs à l'étude. De surcroît, les facteurs mesurés sont des proxys de facteurs influençant l'intention de quitter.

D'ailleurs, comme mentionné précédemment, l'échantillon de la présente étude est composé des 222 IPSPL ayant rempli le questionnaire. Cependant, possiblement dû à la longueur du questionnaire, plusieurs IPSPL n'ont pas répondu à toutes les questions, limitant l'échantillon

à 177 IPSPL pour l'analyse de régression multiple, ce qui pourrait engendrer un biais de sélection. Toutefois, la comparaison des caractéristiques socio-démographiques des 177 IPSPL incluses dans les analyses de régression et des 45 IPSPL exclues des analyses confirme que les deux groupes sont semblables puisque les analyses bivariées n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes sur les variables «intention de quitter», «Âge», «Expérience», «Sexe» et «Région». L'ajout de ces IPSPL aurait peut-être permis d'obtenir d'autres résultats significatifs, en effet, plusieurs associations sont proches du seuil de significativité.

5.2.2 Forces

L'étude comprend plusieurs forces. D'abord, le devis transversal de l'étude fournit une mesure étalon et permettra de comparer les résultats dans les prochaines années. De plus, il s'agit de la première étude à mesurer autant de facteurs pouvant influencer l'intention de quitter des IPSPL. Aussi, le taux de réponse de 79% est un point fort à l'étude. Cette force permet d'assurer la représentativité de l'échantillon et la généralisation des résultats. L'utilisation des modèles conceptuels de Tourangeau et al (2010) et de Poghosyan et al. (2016) est une force puisqu'ils permettent une étude plus précise des aspects qui influencent l'intention de quitter en la décortiquant en plusieurs facteurs mesurables.

5.3 Contributions aux sciences infirmières

La contribution principale de ce mémoire aux sciences infirmières est la démonstration de l'association de trois facteurs avec l'intention de quitter des IPSPL. Ces associations vont permettre aux gestionnaires en première ligne de cibler des interventions sur ces facteurs prédictifs afin de maintenir les IPSPL de leur établissement en poste. La mise en place d'interventions comme la possibilité d'avoir des horaires flexibles, la clarification des rôles dans

les équipes multidisciplinaires ou la mise en place de rencontre statutaire pour discuter des patients va permettre d'améliorer les conditions de travail des IPSPL et de mieux les soutenir. Par ailleurs, le maintien des IPSPL en poste permet de stabiliser les équipes des soins en place dans les milieux et permet d'offrir des soins de qualité aux patients. Finalement, cette étude sert de mesure étalon sur le concept d'intention de quitter auprès des IPSPL du Québec et permet de quantifier cette intention.

5.4 Recommandations

5.4.1 Recommandations pour la pratique infirmière

Suite aux résultats de l'étude, nous recommandons de renforcer l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de soins travaillant avec des IPSPL. La création d'un environnement de travail où règne la collaboration entre les IPSPL, les médecins et les autres membres de l'équipe diminue l'intention de quitter des IPSPL, en plus d'améliorer le climat de travail (De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017). Cette collaboration est tout autant bénéfique pour les patients qui bénéficieront de soins de meilleure qualité (Poghosyan et al., 2016). Ainsi, l'implication des gestionnaires dans l'intégration des IPSPL au sein des équipes de soins en faisant la promotion et en clarifiant son rôle auprès de l'équipe permettrait une meilleure collaboration entre les membres de l'équipe (Contandriopoulos, D'Amour, et al., 2015; Poghosyan et al., 2017). Aussi, l'implantation de périodes de collaboration interprofessionnelle comme des réunions multidisciplinaires peut aussi être recommandée afin d'améliorer la collaboration et le partage entre les différents intervenants (Côté et al., 2018; Poghosyan et al., 2017).

Dans un autre ordre d'idée, permettre aux IPSPL de gérer leur horaire en fonction de leurs disponibilités et des besoins de leur clientèle peut être une recommandation émise pour diminuer l'intention de quitter des IPSPL. Le rôle de l'IPSPL est vaste et ses responsabilités sont multiples (De Milt et al., 2011; Poghosyan et al., 2017). En plus des soins directs à leurs patients, elles ont plusieurs tâches connexes à accomplir telles que compléter des dossiers, demander des examens et des analyses de laboratoire ou faire des suivis au téléphone (Côté et al., 2018). Ainsi, les restreindre dans la gestion de leur horaire peut aussi être perçu comme une restriction à leur autonomie professionnelle. Comme mentionné précédemment, la flexibilité dans les horaires pourrait mesurer un concept plus large tel que l'autonomie professionnelle. C'est pourquoi, nous recommandons aux milieux de première ligne de revoir leur politique afin de permettre à l'IPSPL d'avoir une pratique autonome et selon la pleine étendue de leur champ de pratique. Ceci leur permettrait donc d'offrir facilement des services qui répondent aux besoins de leur clientèle (Poghosyan et al., 2016).

5.4.2 Recommandations pour la recherche

Les résultats de cette étude ouvrent la porte à des pistes de futures recherches sur le sujet. D'abord, comme mentionné précédemment, il serait intéressant de refaire cette recherche dans quelques années afin d'évaluer l'évolution de l'intention de quitter des IPSPL au Québec. Aussi, avec l'augmentation du nombre d'IPSPL et avec l'augmentation du nombre de spécialités d'IPS, il pourrait être intéressant de comparer, dans quelques années, si les facteurs qui influencent l'intention de quitter des IPS sont différents selon leur spécialité. De plus, la présente étude a été faite avant l'ajout du droit d'initier des traitements pour certaines maladies chroniques pour les

IPS, ce qui pourrait avoir une influence sur les prochaines études, car cette mesure a un impact sur l'autonomie professionnelle des IPSPL.

Conclusion

Les résultats présentés à l'intérieur de ce mémoire permettent d'avancer les connaissances en sciences infirmières au Québec. En effet, il s'agit, à notre connaissance, de la première étude à se pencher sur les facteurs pouvant influencer l'intention de quitter des IPSPL au Québec. La profession d'IPSPL est en constant changement, leur nombre est en croissance et leur rôle est de plus en plus connu auprès des autres professionnels de la santé et de la population. Les résultats de l'étude associent dorénavant le manque de collaboration, le salaire et la flexibilité dans les horaires avec l'intention de quitter des IPSPL. Ces nouvelles connaissances pourront ainsi aider les gestionnaires dans l'élaboration de stratégies de rétention. Finalement, garder les IPSPL en poste dans le réseau public de santé va permettre de mieux répondre aux problèmes de qualité et d'accessibilité aux soins de notre système de santé primaire.

Références

- Acree, C. M. (2006). The relationship between nursing leadership practices and hospital nursing retention. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 6(1), 34-40.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2012). Résumé des groupes de discussion sur l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne en Montérégie. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3341/IPS_groupes_discussion_VF.pdf
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Moreno-Casbas, M. T. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, 1-14.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364.
- Al-Hussami, M., Darawad, M., Saleh, A. et Hayajneh, F. A. (2014). Predicting nurses' turnover intentions by demographic characteristics, perception of health, quality of work attitudes. *International Journal of Nursing Practice*, 20(1), 79-88. doi: 10.1111/ijn.12124
- Alexander, J. A., Lichtenstein, R. L., Oh, H. J. et Ullman, E. (1998). A causal model of voluntary turnover among nursing personnel in long-term psychiatric settings. *Research in Nursing and Health*, 21(5), 415-427.
- Allen, A. (2003). Environmental planning and management of the peri-urban interface: perspectives on an emerging field. *Environment and Urbanization*, 15(1), 135-148.
- Almost, J. et Spence Laschinger, H. K. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 14(9), 408-420.
- Andrews, D. R. et Dziegielewski, S. F. (2005). The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. *Journal of Nursing Management*, 13(4), 286-295. doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00567.x

- Andrews, D. R. et Wan, T. T. H. (2009). The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence-guided approach to improve retention. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 340-351. doi: 10.1111/j.1365-2934.2008.00852.x
- Anthony, M. K., Standing, T. S., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M. R., . . . Dumpe, M. L. (2005). Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 146-155.
- Apker, J., Propp, K. M. et Zabava Ford, W. S. (2009). Investigating the effect of nurse–team communication on nurse turnover: Relationships among communication processes, identification, and intent to leave. *Health Communication*, 24(2), 106-114.
- Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O. et Robson, M. (2010). The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *The journal of nursing Administration*, 40(7/8), 323-328.
- Aubé, J. (2009). *Phénomène de la rétention de la main-d'oeuvre infirmière: Perspective des infirmières gestionnaires*. (Thèse de maîtrise inédite, Université de Moncton, Moncton). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/305138214>
- Bae, S.-H. (2016). Nurse practitioners' job satisfaction in rural versus nonrural areas. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(9), 471-478. doi: 10.1002/2327-6924.12362
- Bae, S. H. et Champion, J. D. (2016). Nurse practitioners' work hours and overtime: How much, and under what working conditions? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 138-143.
- Bahouth, M. N. et Esposito-Herr, M. B. (2009). Orientation program for hospital-based nurse practitioners. *AACN Advanced Critical Care*, 20(1), 82-90.
- Bailey, D. E., Wallace, M. et Mishel, M. H. (2007). Watching, waiting and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 734-741.
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Barker, E. (2006). Mentoring—a complex relationship. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 18(2), 56-61.
- Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S. G. et Stanton, P. (2012). Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1567-1578.
- Beecroft, P. C., Kunzman, L. et Krozek, C. (2001). RN internship: Outcomes of a one-year pilot program. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 575-582.

- Blake, N., Leach, L. S., Robbins, W., Pike, N. et Needleman, J. (2013). Healthy Work Environments and Staff Nurse Retention. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 356-370. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182a2fa47
- Bland-Jones, C. (2008). Revisiting nurse turnover costs. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 11-18.
- Borkowski, N., Amann, R., Song, S. et Weiss, C. (2007). Nurse's intent to leave the profession: Issues related to gender, ethnicity, and education level. *Health Care Management Review*, 3(2), 160-167.
- Bowles, C. et Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137.
- Boyle, D. K., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q. et Taunton, R. L. (1999). Manager's leadership and critical nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C.-A., . . . Beaulieu, M.-D. (2014). Role Clarification Process for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study. *Nursing Research and Practice*, 1-9. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1155/2014/170514>
- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Roberge, D., Pineault, R. et Berbiche, D. (2015). Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Family Practice*, 16(1), 1-13.
- Brewer, C. S., Kovner, C. T., Greene, W. et Cheng, Y. (2009). Predictors of RNs' intent to work and work decisions 1 year later in a US national sample. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 940-956.
- Brewer, C. S., Kovner, C. T., Greene, W., Tukov-Shuser, M. et Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 521-538.
- Brom, H. M., Melnyk, B. M., Szalacha, L. A. et Graham, M. (2016). Nurse practitioners' role perception, stress, satisfaction, and intent to stay at a Midwestern academic medical center. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(5), 269-276. doi: 10.1002/2327-6924.12278
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S. et Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786-2799. doi: 10.1111/jan.12165
- Bryant-Lukosius, D., Green, E., Fitch, M., Macartney, G., Robb-Blenderman, L., McFarlane, S., . . . Milne, H. (2007). A survey of oncology advanced practice nurses in Ontario: profile and predictors of job satisfaction. *Nursing Research*, 20(2), 50-68.

- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 169-198.
- Cangelosi, J. D., Markham, F. S. et Bounds, W. T. (1998). Factors related to nurse retention and turnover: an updated study. *Health Marketing Quarterly*, 15(3), 25-43.
- Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., . . . Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 984-994. doi: 10.1111/jonm.12079
- Carter, M. R. et Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589-1600. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x
- Centre de santé et services sociaux du Québec (2017). *Modèle de convention: cabinet privé, CLSC et UMF*. Repéré à http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/convention_csss_medecin_partenaire.pdf
- Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y. et Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21(4), 605-613.
- Chandra, A. (2003). Why do nurses leave and what can health organizations do to retain them? *Hospital Topics*, 81(3), 33-36.
- Chen, C. H., Wang, J., Yang, C. S. et Fan, J. Y. (2016). Nurse practitioner job content and stress effects on anxiety and depressive symptoms, and self-perceived health status. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 695-704.
- Chen, L.-C., Perng, S.-J., Chang, F.-M. et Lai, H.-L. (2016). Influence of work values and personality traits on intent to stay among nurses at various types of hospital in Taiwan. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 30-38. doi: 10.1111/jonm.12268
- Chiang, Y.-M. et Chang, Y. (2012). Stress, depression, and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. *Health Policy*, 108(2), 149-157.
- Chiharu, M., Hidenori, A. et Sawako, S. (2015). Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, 22(1), 9-17. doi: 10.1016/j.collegian.2013.10.004
- Cho, S., Johanson, M. M. et Guchait, P. J. I. J. o. H. M. (2009). Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. 28(3), 374-381.

- Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M. et Larouche, C. (2017). Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17(437), 1-9.
- Christmas, K. (2008). How work environment impacts retention. *Nursing Economics*, 26(5), 316.
- Cohen, J., Stuenkel, D. et Nguyen, Q. (2009). Providing a healthy work environment for nurses: the influence on retention. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 308-315. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181a4699a
- Commissaire à la santé et au bien-être (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf
- Contandriopoulos, D., D'Amour, D., Dubois, C.-A., Kilpatrick, K., Brault, I., Lajeunesse, J., . . . Jean, E. (2015). *Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec*. Repéré à http://ipspl.info/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Rapport_Final-IPSPL.pdf
- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Roy, B., Cockenpot, A., Labarthe, J., . . . Lachapelle, K. (2015). *Rapport préliminaire - La Coopérative de solidarité SABSA*. Repéré à <http://pocosa.ca/wp-content/uploads/2015/09/Sabsa-FINAL.pdf>
- Coomber, B. et Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 297-314.
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H. et Binette, S. (2018). *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Enjeux de collaboration interprofessionnelle, d'intégration du rôle et de sens du travail*. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/323321019_Cote_N_Les_facteurs_contributifs_a_l'optimisation_de_la_pratique_de_l'IPSPL-Rapport_Final
- Cowden, T., Cummings, G. et Profetto-Mcgrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x
- Curry, J. P., Wakefield, D. S., Price, J. L., Mueller, C. W. et McCloskey, J. C. (1985). Determinants of turnover among nursing department employees. *Research in Nursing and Health*, 8(4), 397-411.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. et Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ*, 5(9), 1-8.

- De Milt, D. G., Fitzpatrick, J. J. et McNulty, S. R. (2011). Nurse practitioners' job satisfaction and intent to leave current positions, the nursing profession, and the nurse practitioner role as a direct care provider. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 42-50. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x
- Denis, J.-L., Pomey, M.-P., da Silva, R. B., Cambourieu, C., Dubois, C.-A., Pineault, R. et Régis, C. (2017). *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante: une analyse comparative*. Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_rapport_Remuneration-medicale.pdf/c04d90d6-ef8c-4919-b921-ee508d62aa76
- Derycke, H., Vlerick, P., Burnay, N., Declaire, C., D'Hoore, W., Hasselhorn, H. M. et Braeckman, L. (2010). Impact of the effort-reward imbalance model on intent to leave among Belgian health care workers: A prospective study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 879-893. doi: 10.1348/096317909X477594
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., . . . Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada--thinking outside the box. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 239-259.
- Dolan, L. A. (2003). Management style and staff nurse satisfaction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(2), 97.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D. P. R. N., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . DiCenso, A. P. R. N. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nursing Leadership*, 189-210.
- Duffield, C. et Franks, H. (2002). Career paths beyond nursing and the contribution of nursing experience and skills in attaining these positions. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 601-609.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C. et King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the Nursing Unit Manager. *Collegian*, 16(1), 11-17.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N. et Stasa, H. (2011). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 23-33. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03478.x
- Duhoux, A. (2017). *Infirmières praticiennes: s'implanter, s'adapter, faire évoluer le réseau de santé*. Communication présentée 5 à 7 Pocosa, L'Artère Coop.
- Dunham-Taylor, J. et Klafehn, K. (1995). Identifying the best in nurse executive leadership: Part 1, Questionnaire results. *Journal of Nursing Administration*, 25(6), 68-70.
- Eisler, K. (2009). *The leadership practices of nurse managers and the association with nursing staff retention and the promotion of quality care in two Saskatchewan hospitals*.

(University of Toronto (Canada)). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109853831&lang=fr&site=ehost-live>

- Ellenbecker, C. H. (2004). A theoretical model for job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 303-310.
- Erenstein, C. F. et McCaffrey, R. (2007). How healthcare work environments influence nurse retention. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 303-307.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., . . . Hasselhorn, H.-M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 939-950.
- Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B. I. J. M., Fry, C. et Hasselhorn, H.-M. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Recherche en Soins Infirmiers*(103), 29-45.
- Fairman, J. A., Rowe, J. W., Hassmiller, S. et Shalala, D. E. (2011). Broadening the scope of nursing practice. *New England Journal of Medicine*, 364(3), 193-196.
- Faraz, A. (2017). Novice nurse practitioner workforce transition and turnover intention in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 26-34. doi: 10.1002/2327-6924.12381
- Feather, R. A. (2011). *Staff nurse perceptions of nurse manager behaviors that influence job satisfaction*. (Thèse de doctorat, Université d'Indiana). Repéré à <https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/2769>
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2013). *Working group report on access to primary care*. Repéré à <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/en/Union%20Affairs/President's%20Office/Letters/EN-Rapport-accessibilite-2013-11-11.pdf>
- Filipova, A. A. (2011). Relationships among ethical climates, perceived organizational support, and intent-to-leave for licensed nurses in skilled nursing facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 30(1), 44-66. doi: 10.1177/0733464809356546
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H.-M. et Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. et Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1422-1434.
- Force, M. V. (2005). The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration*, 35(7-8), 336-341.

- Freeborn, D. K., Hooker, R. S. et Pope, C. R. (2002). Satisfaction and well-being of primary care providers in managed care. *Evaluation and the Health Professions*, 25(2), 239-254.
- Gauci-Borda, R. et Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 385-394.
- Gess, E., Manojlovich, M. et Warner, S. (2008). An evidence-Based Protocol for Nurse Retention. *The journal of nursing Administration*, 38(10), 441-447.
- Gilliland, J. A., Shah, T. I., Clark, A., Sibbald, S. et Seabrook, J. A. (2019). A geospatial approach to understanding inequalities in accessibility to primary care among vulnerable populations. *PloS One*, 14(1), 1-13.
- Gomes, M. M., Higgins, A. L., Butler, R. et Farzaneh, J. R. (2009). Anatomy of a staged orientation process. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 35(6), 575-579. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.014
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., Singh, R. et Parasuraman, S. (1997). Work and family influences on departure from public accounting. *Journal of Vocational Behavior*, 50(2), 249-270.
- Harrington, S. (2011). Mentoring new nurse practitioners to accelerate their development as primary care providers: A literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(4), 168-174.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review—an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>
- Hayhurst, A., Saylor, C. et Stuenkel, D. (2005). Work environmental factors and retention of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 283-288.
- Hinshaw, A. S., Smeltzer, C. H. et Atwood, J. R. (1987). Innovative retention strategies for nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 17(6), 8-16.
- Hong, E. et Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 625-632. doi: 10.1111/ijn.12493
- Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819-823.

- Howe, A. L., King, D. S., Ellis, J. M., Wells, Y. D., Wei, Z. et Teshuva, K. A. J. A. H. R. (2012). Stabilising the aged care workforce: an analysis of worker retention and intention. 36(1), 83-91.
- Hsiao-Chen Tang, J. et Naugle, L. A. (2010). *Nurse rentention Evidence-Based Guideline*. University of Iowa College of Nursing.
- Hsu, C.-P., Chiang, C.-Y., Chang, C.-W., Huang, H.-C. et Chen, C.-C. (2015). Enhancing the commitment of nurses to the organisation by means of trust and monetary reward. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 567-576. doi: 10.1111/jonm.12180
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/medecin-famille.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (2017). *Les indicateurs de l'occupation et de la vitalité des territoires*. Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf
- Institut national De Santé Publique du Québec (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf
- Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions.
- Jourdain, G. (2010). *Le processus d'épuisement professionnel chez les travailleurs du secteur de la santé et ses conséquences sur la décision de se présenter au travail, sur la performance et sur l'intention de quitter une profession*. (HEC Montreal (Canada)). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109868104&lang=fr&s ite=ehost-live>
- Jourdain, G. et Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709-722.
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., . . . DiCenso, A. (2010). A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 35-60.
- Kacel, B., Miller, M. et Norris, D. (2005). Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 17(1), 27-32.
- Kang, S.-W., Lee, S. et Choi, S. B. (2017). The Impact of Nursing Leader's Behavioral Integrity and Intragroup Relationship Conflict on Staff Nurses' Intention to Remain. *Journal of Nursing Administration*, 47(5), 294-300.

- Kiel, J. M. (2012). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *Health Care Manager, 31*(4), 302-307.
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2016). Relationship Between Clinical Nurse Specialist Role Implementation, Satisfaction, and Intent to Stay. *Clinical Nurse Specialist, 30*(3), 159-166. doi: 10.1097/nur.0000000000000203
- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., . . . Rogers, C. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting “same day” consultations in primary care. *BMJ, 320*(7241), 1043-1048.
- Kleinman, C. (2004). The relationship between managerial leadership behaviors and staff nurse retention. *Hospital Topics, 82*(4), 2-9.
- Koelbel, P. W., Fuller, S. G. et Misener, T. R. (1991). An explanatory model of nurse practitioner job satisfaction. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 3*(1), 17-24.
- Kostrey Horner, D. (2017). Mentoring: Positively Influencing Job Satisfaction and Retention of New Hire Nurse Practitioners. *Plastic Surgical Nursing, 37*(1), 7-22. doi: 10.1097/PSN.0000000000000169
- Kovner, C. T., Fairchild, S., Poornima, S., Kim, H. et Djukic, M. (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *AJN the American Journal of Nursing, 107*(9), 58-70.
- Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 195-201.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health, 25*(3), 176-188.
- Larrabee, J. H., Janney, M. A., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R. et Burant, C. (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration, 33*(5), 271-283.
- Laurant, M. G., Hermens, R. P., Braspenning, J. C., Akkermans, R. P., Sibbald, B. et Grol, R. P. (2008). An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2690-2698.
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L. et Austin, S. (2015). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3), 582-592.

- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinas, C., Desforges, N. et Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Lee, J. S. et Akhtar, S. (2011). Effects of the workplace social context and job content on nurse burnout. *Human Resource Management*, 50(2), 227-245.
- Lee, Y.-W., Dai, Y.-T. et McCreary, L. L. (2015). Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. *Journal of Nursing Management*, 23(4), 521-531. doi: 10.1111/jonm.12166
- Leineweber, C., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Westerlund, H., Runesdotter, S., Smeds Alenius, L. et Tishelman, C. (2016). Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 47-58. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.003
- Leveck, M. L. et Jones, C. B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing and Health*, 19(4), 331-343.
- Liebermann, S. C., Müller, A., Weigl, M. et Wegge, J. (2015). Antecedents of the expectation of remaining in nursing until retirement age. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1624-1638. doi: 10.1111/jan.12634
- Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Lu, H., While, A. E. et Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Lu, K.-Y., Lin, P.-L., Wu, C.-M., Hsieh, Y.-L. et Chang, Y.-Y. (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 214-219.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F. et Sirola, W. (1998). Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 305-320.
- Mariani, B. (2012). The effect of mentoring on career satisfaction of registered nurses and intent to stay in the nursing profession. *Nursing Research and Practice*, 2012.
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . Charbonneau-Smith, R. J. B. o. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. 5(6), e007167.

- McCarthy, G., Tyrrell, M. P. et Lehane, E. (2007). Intention to 'leave' or 'stay' in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 248-255.
- McNeese-Smith, D. K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1332-1341.
- Metzger, R. et Rivers, C. (2014). Advanced Practice Nursing Organizational Leadership Model. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(5), 337-343. doi: 10.1016/j.nurpra.2014.02.015
- Miller, K., Apold, S., Baas, L., Berner, B. et Levine-Brill, E. (2005). Job satisfaction among nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 1(1), 30-33.
- Mills, J. F. et Mullins, A. C. (2008). The California nurse mentor project: Every nurse deserves a mentor. *Nursing Economics*, 26(5), 310.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2011). *Soutien financier pour l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL) et des candidates IPS-PL*. (Normes et pratiques de gestion, Tome II, Répertoire circulaire). Repéré à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/a529f5a39a4cd801852578c300616bc9/\\$FILE/2011-013_Circulaire%20\(2011-06-06\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/a529f5a39a4cd801852578c300616bc9/$FILE/2011-013_Circulaire%20(2011-06-06).pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée - Modalités d'application*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-919-04W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2017a). *Rapport annuel de gestion 2016-2017*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2017b). *Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux*. Repéré à <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1288>
- Mrayyan, M. T. (2005). Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 40-50.
- Nancarrow, S., Bradbury, J., Pit, S. W. et Ariss, S. J. J. o. o. h. (2014). Intention to stay and intention to leave: are they two sides of the same coin? A cross-sectional structural equation modelling study among health and social care workers. 56(4), 292-300.
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H. et Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91-98. doi: 10.1111/inr.12342
- Nei, D., Anderson Snyder, L. et Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Management Review*, 40(3), 237-253. doi: 10.1097/HMR.0000000000000025

- Nelsey, L. et Brownie, S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring--essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian*, 19(4), 197-202.
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Heindel, L. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economics*, 29(5), 230-251.
- Norris, R. (2004). The shocking truth about verbal abuse. *Nursing Times*, 100(31), 12-13.
- Nowrouzi, B., Rukholm, E., Lariviere, M., Carter, L., Koren, I., Mian, O. et Giddens, E. (2016). An examination of retention factors among registered nurses in Northeastern Ontario, Canada: Nurses intent to stay in their current position. *Work*, 54(1), 51-58. doi: 10.3233/WOR-162267
- O'Brien-Pallas, L., Duffield, C. et Hayes, L. (2006). Do we really understand how to retain nurses? *Journal of Nursing Management*, 14(4), 262-270.
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073-1086.
- O'Driscoll, M. P. et Beehr, T. A. (1994). Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates. *Journal of Organizational Behavior*, 15(2), 141-155. doi: 10.1002/job.4030150204
- Opie, T., Dollard, M., Lenthall, S., Wakerman, J., Dunn, S., Knight, S. et MacLeod, M. (2010). Levels of occupational stress in the remote area nursing workforce. *Australian Journal of Rural Health*, 18(6), 235-241. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01161.x
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées: un rôle à propulser, une intégration à accélérer. Bilan et perspectives de pérennité*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/247-IPS.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017 - Le Québec et ses régions*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/Rapport_statistique_2016-2017.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018 - Le Québec et ses régions*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2017-2018.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2014). *Lignes directrices: Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (2e ed.)*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2409_doc.pdf/22ff0b69-36dd-abd4-da70-4bffa9532aa

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Lignes directrices*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSPS-web.pdf>
- Pasarón, R. (2013). Nurse practitioner job satisfaction: looking for successful outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17/18), 2593-2604. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04331.x
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D. et Long, L. (2007). Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(2), 208-253.
- Perry, L., Gallagher, R., Duffield, C., Sibbritt, D., Bichel-Findlay, J. et Nicholls, R. (2016). Does nurses' health affect their intention to remain in their current position? *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1088-1097. doi: 10.1111/jonm.12412
- Pietersen, C. (2005). Job satisfaction of hospital nursing staff. *SA Journal of Human Resource Management*, 3(2), 19-25.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318.
- Poghosyan, L. et Aiken, L. H. (2015). Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. *The Journal of ambulatory care management*, 38(2), 109-117.
- Poghosyan, L., Boyd, D. R. et Clarke, S. P. (2016). Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: A proposed conceptual model. *Nursing Outlook*, 64(2), 146-155.
- Poghosyan, L., Jianfang, L., Jingjing, S. et D'Aunno, T. (2017). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*, 42(2), 162-171. doi: 10.1097/HMR.0000000000000094
- Poghosyan, L., Lucero, R., Rauch, L. et Berkowitz, B. (2012). Nurse practitioner workforce: a substantial supply of primary care providers. *Nursing Economics*, 30(5), 268-274.
- Poghosyan, L., Nannini, A., Smaldone, A., Clarke, S., O'Rourke, N. C., Rosato, B. G. et Berkowitz, B. (2013). Revisiting scope of practice facilitators and barriers for primary care nurse practitioners: a qualitative investigation. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 14(1), 6-15.
- Poghosyan, L., Nannini, A., Stone, P. W. et Smaldone, A. (2013). Nurse practitioner organizational climate in primary care settings: Implications for professional practice. *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 338-349.

- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. (Tenth edition.^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Poronsky, C. B. (2013). Exploring the transition from registered nurse to family nurse practitioner. *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 350-358.
- Price, J. L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22(7), 600-624. doi: 10.1108/EUM00000000006233
- Price, J. L. et Mueller, C. W. (1981). Professional turnover: The case of nurses. *Health Systems Management*, 15, 1.
- Pron, A. L. (2013). Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(4), 213-221.
- Raup, G. H. (2008). The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 403-409.
- Rhoades, L. et Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. 87(698-714).
- Ribelin, P. J. (2003). Retention reflects leadership style. *Nursing Management*, 34(8), 18-19.
- Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34.
- Ryan, M. E. et Ebbert, D. W. (2013). Nurse practitioner satisfaction: Identifying perceived beliefs and barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), 428-434.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. et DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1178-1190.
- Scammell, J. (2016). Should I stay or should I go? Stress, burnout and nurse retention. *British Journal of Nursing*, 25(17), 990-990.
- Schiestel, C. (2007). Job satisfaction among Arizona adult nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 19(1), 30-34.
- Sellgren, S. F., Kajermo, K. N., Ekvall, G. et Tomson, G. (2009). Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3181-3189.
- Seung-Wan, K., Soojin, L. et Suk Bong, C. (2017). The Impact of Nursing Leader's Behavioral Integrity and Intragroup Relationship Conflict on Staff Nurses' Intention to Remain. *Journal of Nursing Administration*, 47(5), 294-300.

- Shader, K., Broome, M. E., Broome, C. D., West, M. E. et Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31(4), 210-216.
- Shields, M. A. et Ward, M. (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20(5), 677-701.
- Simon, M., Müller, B. H. et Hasselhorn, H. M. (2010). Leaving the organization or the profession – a multilevel analysis of nurses' intentions. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 616-626. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05204.x
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science*, 31(2), E48-E59.
- Sourdif, J. (2004). Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing & Health Sciences*, 6, 59-68.
- Statistique Canada. (2006). Qu'est-ce qu'une région urbaine? Qu'est-ce qu'une région rurale? Repéré à https://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2006/3119/ceb3119_002-fra.htm
- Stewart, J. G., McNulty, R., Griffin, M. T. Q. et Fitzpatrick, J. J. (2010). Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 22(1), 27-34.
- Stichler, J. F. (2013). Healthy work environments for the ageing nursing workforce. *Journal of Nursing Management*, 21(7), 956-963.
- Stordeur, S., D'hoore, W. et Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-542.
- Strachota, E., Normandin, P., O'brien, N., Clary, M. et Krukow, B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 111-117.
- Tai, T. W. C., Bame, S. I. et Robinson, C. D. (1998). Review of nursing turnover research, 1977–1996. *Social Science and Medicine*, 47(12), 1905-1924.
- Takase, M., Yamashita, N. et Oba, K. (2008). Nurses' leaving intentions: antecedents and mediating factors. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 295-306. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04554.x
- Tallia, A. F., Stange, K. C., McDaniel Jr, R. R. et Aita, V. A. (2003). Understanding organizational designs of primary care practices/Practitioner application. *Journal of Healthcare Management*, 48(1), 45-59.

- Taunton, R. L., Boyle, D. K., Woods, C. Q., Hansen, H. D. et Bott, M. J. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 205-226.
- Tourangeau, A. E. et Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M. et Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Squires, M. et Cranley, L. (2010). Work situations and hospital nurse intention to remain employed. *Communicating Nursing Research*, 43, 309-309.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y. et Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, 60(1), 1-8.
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J. et Lang, G. (2006). Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(11), 964-971.
- Tzeng, H.-M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 867-878.
- Université de Montréal. (2018). Maîtrise en sciences infirmières. Repéré à https://admission.umontreal.ca/typo3temp/fichepdf/UdeM_Ma%C3%A9trise_en_sciences_infirmi%C3%A8res-2018-04-23-110306.pdf
- Upenieks, V. V. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E. et Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 185-194.
- Volk, M. C. et Lucas, M. D. (1991). Relationship of management style and anticipated turnover. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 10(1), 35-40.

- Warshawsky, N. E., Wiggins, A. T. et Rayens, M. K. (2016). The Influence of the Practice Environment on Nurse Managers' Job Satisfaction and Intent to Leave. *Journal of Nursing Administration*, 46(10), 501-507. doi: 10.1097/NNA.0000000000000393
- Wild, P., Parsons, V. et Dietz, E. (2006). Nurse practitioner's characteristics and job satisfaction. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 18(11), 544-549.
- Witkoski, A. et Dickson, V. V. (2010). Hospital staff nurses' work hours, meal periods, and rest breaks: A review from an occupational health nurse perspective. *AAOHN Journal*, 58(11), 489-497.
- Yarbrough, S., Martin, P., Alfred, D. et McNeill, C. (2017). Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. *Nursing Ethics*, 24(6), 675-685. doi: 10.1177/0969733015623098
- Yergeau, E. et Poirier, M. (2013). SPSS à l'UdeS - Régression multiple. Repéré à <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/stat-inferentielles/regression-multiple.php>
- Yin, J.-C. T. et Yang, K.-P. A. (2002). Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 573-581.
- Yoshimura, K. E. (2003). Employee traits, perceived organizational support, supervisory communication, affective commitment, and intent to leave: group differences.
- Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. et Boos, L. (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*, 79(1), 57-72.

Annexe A – Enquête sur les IPS 2017



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

1. Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

Page d'information et de consentement

Bienvenue! Merci de participer, votre avis est précieux! Chers collègues,

La Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal en partenariat avec l'AIPSQ mène cette recherche intitulée "Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS", n° de certificat d'éthique Projet 17-010-CERES-D, vise à étudier les conditions de pratique qui influencent le travail, l'autonomie et le rôle des infirmières praticiennes spécialisées au Québec.

La participation, entièrement volontaire, à cette recherche consiste à remplir un questionnaire auto administré d'une **durée de 30 à 45 minutes environ**. Après quelques questions générales, le questionnaire aborde les thèmes suivant : la nature des tâches, la productivité, les conditions de pratique, la satisfaction au travail, l'enseignement, la formation continue et la recherche.

Il est rappelé l'importance de répondre franchement à chacune des questions et de lire les consignes inscrites après chaque question avant de répondre. **Ce questionnaire est anonyme et toutes les composantes dans les réponses aux questions ouvertes qui pourraient permettre d'identifier les répondants seront rendues anonymes.** Aussi, il n'existe pas de risque particulier à participer à ce projet. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin au questionnaire.

Néanmoins votre participation étant anonyme, il ne sera pas possible de vous retirer du projet de recherche une fois le questionnaire complété. Les données de recherche collectées seront conservées pendant sept ans après la fin du projet dans un endroit sûr fermé à clé sur support.

En participant à cette recherche, vous contribuerez à l'avancement des connaissances et à une meilleure compréhension des conditions de pratique des IPS au Québec. Vous serez informés des

publications des résultats ainsi que des communications orales à l'occasion de congrès scientifiques via le site web de l'AIPSQ. **Le questionnaire sera ouvert jusqu'au 10 avril 2017.**

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES) par courriel à l'adresse ceres@umontreal.ca ou par téléphone au 514 343-6111 poste 2604 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée, en toute confidentialité, à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante: ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Arnaud Duhoux, Inf., Ph.D. en santé publique, Professeur adjoint
Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières
Tél. : 514-343-6111 poste 37126
Courriel: arnaud.duhoux@umontreal.ca
Chercheur régulier, CR-HCLM (Centre de Recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne)

1- En participant au questionnaire, je consens à prendre part au projet de recherche selon les modalités présentées dans le présent formulaire d'information et de consentement.

- ☐ Oui, j'accepte de participer à la recherche
- ☐ Non, je ne souhaite pas participer à la recherche

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

2. Section 1 – Généralités

2- Quel est votre année de naissance?

3- Vous êtes?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Autre

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

3. Section 1 – Généralités

4- Quel est votre statut d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)? (un seul choix de réponse possible)

- ☐ Étudiant(e)
- ☐ Stagiaire
- ☐ Candidat(e) (stage terminé et réussi)
- ☐ Certifié(e)

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

4. Section 1 – Généralités

5- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)?

6- Veuillez cocher la région administrative dans laquelle vous œuvrez.(plusieurs réponses possibles)

- ☐ 01 - Bas-Saint-Laurent
- ☐ 02 - Saguenay Lac-Saint-Jean 03
- ☐ 03- Capitale-Nationale
- ☐ 04 - Mauricie-et-Centre-du-Québec
- ☐ 05 - Estrie
- ☐ 06 - Montréal
- ☐ 07 - Outaouais
- ☐ 08 - Abitibi-Témiscamingue
- ☐ 09 - Côte-Nord
- ☐ 11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- ☐ 12 - Chaudière-Appalaches
- ☐ 13 - Laval
- ☐ 14 - Lanaudière
- ☐ 15 - Laurentides
- ☐ 16 – Montérégie

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsq
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

5. Section 1 – Généralités

7- Quelle université vous a décerné votre diplôme d’infirmière praticienne spécialisée (IPS)? (un seul choix de réponse possible)

- ☐ Université Laval
- ☐ Université McGill
- ☐ Université de Montréal
- ☐ Université du Québec
- ☐ Université de Sherbrooke
- ☐ Université hors Québec
- ☐ Autre



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

6. Section 1 – Généralités

8- Pratiquez-vous actuellement comme infirmière praticienne spécialisée (IPS)?

- ☐ Oui
- ☐ Non



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

7. Section 1 – Généralités

9- Quelle est votre spécialité d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)?

(un seul choix de réponse possible)

- ☐ Cardiologie
- ☐ Néphrologie
- ☐ Néonatalogie
- ☐ Première ligne

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

8. Section 1 – Généralités

10- Parmi les catégories suivantes, quel pourcentage de votre temps travaillez-vous dans ces milieux de travail?

(le total doit faire 100%)

Groupe de médecine familiale (GMF)

Centre local de services communautaires (CLSC)

Unité de Médecine Familiale (UMF ou GMF-U)

Clinique privée (médicale)

Clinique privée (infirmières)

Centre hospitalier universitaire (CHU)

Hôpital (non universitaire)

Service d'urgence d'un hôpital

Centre ou foyer d'accueil pour personnes âgées ou centre d'hébergement (CHSLD)

Soins à domicile

Université

Unité de recherche (comme consultante IPS ou chercheure)

Autre

9. Section 1 – Lieu de pratique

11- Depuis combien de temps exercez-vous dans votre milieu de travail principal? (précisez si en mois ou années)

12- Avez-vous changé de milieu de travail depuis le début de votre pratique ?

☐ Oui

☐ Non

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

10. Section 1 – Lieu de pratique

13- Quelle(s) est (sont) les raisons justifiant ce changement de milieu de pratique ? (cocher tout ce qui s'applique)

- ☐ Déménagement
- ☐ Sous-utilisation des compétences de l'IPS par l'équipe médicale
- ☐ Conflit avec un membre de l'Équipe qui rend la pratique difficile
- ☐ Sous-utilisation des compétences par l'employeur
- ☐ Surutilisation des compétences par l'employeur
- ☐ Autre

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

11. Section 1 – Socio-démo et lieu de pratique - généralités

14- Avez-vous eu à rembourser vos bourses de formation (en partie ou en totalité) pour changer de milieu de travail ?

☐ Oui

☐ Non



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

12. Section 1 – Socio-démo et lieu de pratique - généralités

15- Combien de temps restait-il pour honorer votre contrat? (en mois)

16- Quelle somme avez-vous dû rembourser?



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

13. Section 2 – Nature des tâches et productivité

17- Combien d'heures par semaine êtes-vous payée pour travailler en tant qu'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Nombre d'heures régulières par semaine

Nombre d'heures supplémentaires payées par semaine (en moyenne)

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

14. Section 2 – Nature des tâches et productivité

18- En moyenne, combien d'heures supplémentaires faites-vous par semaine au total? (incluant les heures supplémentaires non rémunérées)

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

15. Section 2 – Nature des tâches et productivité

19- Concernant la facturation de vos heures supplémentaires... (Cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Je n'ai pas de limite dans le nombre d'heures supplémentaires que je peux facturer
- ☐ Mon employeur refuse que je facture des heures supplémentaires, celles que je fais tout de même ne me sont donc pas payées
- ☐ Mon employeur refuse que je facture des heures supplémentaires et donc je n'en fais pas
- ☐ Mon employeur accepte que je fasse du temps supplémentaire, mais je dois le récupérer en temps à reprendre
- ☐ Autre
- ☐ Le nombre d'heures est limité . (veuillez préciser: ex. 5h/sem ou 10h/sem)

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

16. Section 2 – Nature des tâches et productivité

20- À combien estimez-vous le temps moyen de chaque consultation ? (en minutes)

Lors d'un suivi de maladie chronique

Au sans rendez-vous

Lors d'un suivi pédiatrique

Lors d'une nouvelle prise en charge
de grossesse

Lors d'un suivi de grossesse

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

17. Section 2 – Nature des tâches et productivité

21- En moyenne, à combien estimez-vous le nombre d'interventions différentes (ou le nombre de sujets abordés différents) par consultation ?

22- Avez-vous de l'aide par d'autres professionnels (y compris des infirmières) lors de vos consultations ?

- ☐ Oui tout le temps
- ☐ Oui que pour le sans rendez-vous
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

23- À combien estimez-vous le nombre de patients différents que vous voyez par jour ?

24- Pour quel pourcentage de vos patients êtes-vous leur intervenante principale ? (en %)

25- Quel est le nombre approximatif de patients qui vous sont attitrés (les patients qui constituent votre « case-load ») ?

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

18. Section 2 - Nature des tâches et productivité

26- Parmi les patients que vous suivez, à combien estimeriez-vous le pourcentage de patients vulnérables, selon les critères de la RAMQ ? (en %) [Cliquer ici pour consulter la liste des codes de vulnérabilités](#)

27- À votre avis, quel nombre total de patients attitrés (« case-load ») serait approprié pour une IPSPL dans sa première année d'expérience?

28-À votre avis, quel nombre total de patients attitrés (« case-load ») serait approprié pour une IPSPL senior?

29- Selon vous, combien de temps est nécessaire à une IPSPL pour atteindre le « caseload » attendu par année?

19. Section 2 – Nature des tâches et productivité

30- Combien D’HEURES AU COURS D’UNE SEMAINE MOYENNE consacrez-vous aux activités suivantes?

Aux fins de votre réponse, supposez que les activités sont mutuellement exclusives (ainsi, si une activité couvre deux catégories, veuillez rapporter les heures dans une seule des catégories). Il est possible de mettre des décimales (ex : 1h15minutes = 1,25heure)

Soins directs aux patients

Gestion clinique (dossiers, évaluation des analyses de laboratoire/imagerie, appels téléphoniques, etc.)

Soutien aux équipes infirmières

Comités de planification des établissements de santé

Administration et gestion de votre pratique (personnel, installation, équipement, etc.)

Recherche (y compris gestion de la recherche et publications)

Formation continue ou développement professionnel continu (cours, lectures, vidéos, bandes sonores, séminaires, etc.)

Formation continue ou développement professionnel continu (cours,

lectures, vidéos, bandes sonores, séminaires, etc.)

Entretiens téléphoniques (évaluation du patient, consignes et enseignement aux patients)

Retour sur les dossiers mis en attente en raison de la nécessité de les gérer avec vos médecins partenaires (en raison des limites de la pratique/lignes directrices ou par nécessité de consultation, le sujet dépassant vos compétences)

Déplacement entre mes différents sites de travail

Élaboration d'ordonnances collectives

Autre

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

20. Section 2 – Nature des tâches et productivité

31- Quel pourcentage de votre temps consacrez-vous à ces types de services ? (le total doit faire 100%)

Consultations sans rendez-vous

Consultations sur rendez-vous

CHSLD

Soins à domicile

Autre

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

21. Section 2 – Nature des tâches et productivité

32- Prenez-vous soin d'une population de patients en particulier ?

☐ Oui

☐ Non

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

22. Section 2 – Nature des tâches et productivité

33- Vous avez déclaré prendre soin d'une population particulière, est-ce... (cochez tout ce qui s'applique)

☐ Votre choix

☐ Une requête de votre employeur

☐ Une requête de vos médecins partenaires

☐ En réponse aux besoins de la population que vous desservez

☐ Ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

23. Section 2 – Nature des tâches et productivité

34- Parmi les populations de patients suivantes, comment se répartit votre clientèle ? (Le total doit faire 100%)

Femmes enceintes / suivi de grossesse

Enfants / suivi pédiatrique

Personnes avec des maladies chroniques

Personnes immigrantes / réfugiées politiques

Personnes présentant des problématiques de santé mentale

Personnes âgées

Autres

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

24. Section 2 – Nature des tâches et productivité

35- Comment vous sont assignés les patients que vous soignez ? (Cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Ils prennent des rendez-vous directement avec moi
- ☐ Ils sont référés par un autre milieu
- ☐ Ils sont référés par votre(vos) médecin(s) partenaire(s)
- ☐ Ils sont référés par un collègue du même milieu de travail
- ☐ Ils proviennent du triage fait dans notre sans rendez-vous
- ☐ Ils me sont assignés par le(s) réceptionniste(s)
- ☐ Ils proviennent du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)
- ☐ Autre
- ☐ Ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

25. Section 2 – Nature des tâches et productivité

36- Diriez-vous que...

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Ne s'applique pas
La répartition des heures à travailler au sans rendez-vous est équitable entre les médecins et les IPS-PL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La répartition des heures à travailler pendant les fins de semaine est équitable entre les médecins et les IPS-PL	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La répartition des heures à travailler les soirs (ex : de 18h à 22h) est équitable entre les médecins et les IPS-PL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La répartition des heures à travailler les vendredis après-midi est équitable entre les médecins et les IPS-PL	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La répartition des gardes est équitable entre les médecins et les IPS-PL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

26. Section 2 – Nature des tâches et productivité

37- Vous diriez que vous complétez vos statistiques pour la RAMQ...

- ☐ Systématiquement
- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ À l'occasion
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

27. Section 3 – Conditions de travail - Relation avec le médecin partenaire

38- Combien avez-vous de médecins partenaires ?

- ☐ Aucun
- ☐ Un seul
- ☐ 2 à 4
- ☐ 5 ou plus
- ☐ Ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

28. Section 3 – Conditions de travail

Il est possible de distinguer deux grands types de modèles de suivi de la clientèle dans les équipes qui intègrent des IPSPL.

Un "modèle de suivi conjoint" : un modèle est dit conjoint quand l'IPSPL et le médecin partenaire prennent conjointement en charge un même groupe de patients. Dans un tel modèle, les patients peuvent être vus par les deux professionnels à différentes étapes du suivi. Par exemple, un même patient pourra être vu à la fois par l'IPSPL et le médecin lors d'une visite ou encore être vu par l'IPSPL lors d'une visite et par le médecin lors d'une visite subséquente.

Un "modèle de suivi consultatif" : à l'inverse, un modèle est dit consultatif quand l'IPSPL et le médecin partenaire suivent chacun un groupe de patients et où l'IPSPL consulte de manière ad hoc le médecin pour la soutenir dans le suivi des patients dont elle est responsable. Dans ce second modèle, la plupart des patients suivis par l'IPSPL ne sont pas vus par le médecin sauf en cas de besoins spécifiques et ponctuels. (source IPSPL.info).

39- Selon la définition précédente, quel modèle de suivi avez-vous avec votre(vos) médecin(s) partenaire(s)?

- ☐ Un modèle de suivi conjoint
- ☐ Un modèle de suivi consultatif
- ☐ Un mélange des deux
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

29. Section 3 – Conditions de travail

40- Selon vous, quel pourcentage de vos consultations nécessite l'avis de votre MD partenaire ?

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

30. Section 3 – Conditions de travail

41- Est-ce que votre(vos) médecin(s) partenaire(s) est(sont) situé(s) dans votre milieu de travail principal ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

42- Habituellement, votre(vos) médecin(s) partenaire(s) est(sont) disponible(s) si vous avez des questions plus urgentes ...

- ☐ Immédiatement ou presque
- ☐ Le jour même
- ☐ Dans les deux jours qui suivent
- ☐ Dans la semaine qui suit
- ☐ Dans le mois qui suit
- ☐ Autre
- ☐ Ne s'applique pas

43- Habituellement, vos rencontres statutaires avec votre(vos) médecin(s) partenaire(s) pour consultation de vos dossiers ont lieu ...

- ☐ Chaque jour
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une fois aux deux semaines
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Autre
- ☐ Ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

31. Section 3 – Conditions de travail

44- En général, diriez-vous de la disponibilité de votre(vos) médecin(s) partenaire(s) ...

	Pas du tout en accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord	Ne s'applique pas
Qu'elle vous satisfait entièrement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous limite dans la quantité de consultations que vous pouvez effectuer quotidiennement	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

32. Section 3 – Conditions de travail

45- Pouvez-vous voir des patients en consultation sans présence médicale dans la clinique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

46- Votre(vos) médecin(s) partenaire(s) a t'il (ont-ils) déjà exprimé des préoccupations sur votre étendue de pratique et sa (leur) responsabilité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

33. Section 3 – Conditions de travail

47- Comment ces préoccupations ont-elles été traitées ?

- ☐ Nous en avons discuté et ces préoccupations sont disparues
- ☐ Nous sommes toujours en discussion sur ces préoccupations
- ☐ Nous n'avons pas encore abordé ces préoccupations
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

48- Percevez-vous ces préoccupations de la part de votre(vos) médecin(s) partenaire(s) comme une limite à votre pratique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

34. Section 3 – Conditions de travail

49- Votre(vos) médecin(s) partenaire(s) exige(nt)-t-il(s) de voir tous les patients qui ont un diagnostic de maladie chronique, même ceux pour qui le diagnostic avait déjà été posé avant que vous le preniez en charge?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

50- Êtes-vous témoin de la surfacturation médicale sur vos interventions ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

51- Votre(vos) médecin(s) partenaire(s) sélectionne(n)t-il(s) les patients qui vous sont assignés (par exemple pour vous assigner seulement les patients sans problème de santé connu) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

35. Section 3 - Conditions de travail- Collaboration - Évaluation de la collaboration actuelle

52- Prenez en compte votre expérience actuelle en matière de pratique en collaboration entre vous et votre(vos) médecin(s) partenaire(s), et indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chaque déclaration.

Mon(mes) médecin(s) partenaire(s) et moi-même :

	Pas du tout en accord	Très peu en accord	Assez peu en accord	Sans opinion	Assez en accord	En accord	Tout à fait en accord
Planifions ensemble les prises de décisions relatives aux soins des patients et/ou des clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communiquons ouvertement à mesure que des décisions sont prises en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Partageons les responsabilités en ce qui a trait aux décisions prises en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborons pour prendre des décisions en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Prenons en compte les préoccupations de l'ensemble des professions pour prendre des décisions en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordonnons la mise en œuvre d'un plan commun relatif aux soins des patients et/ou des clients	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Faisons preuve de confiance dans la capacité décisionnelle de chacun en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respectons les connaissances et les compétences de chacun en ce qui a trait aux prises de décisions communes <input checked="" type="radio"/> en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Collaborons pleinement pour prendre des décisions communes en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

36. Section 3 - Conditions de travail - Intégration - Satisfaction envers la collaboration actuelle

Prenez en compte votre expérience actuelle en matière de pratique en collaboration entre vous et les membres de votre équipe de soins (incluant votre (vos) médecin(s) partenaire(s)), et indiquez votre niveau actuel de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport à cette collaboration.

53- Quel est votre niveau actuel de satisfaction à l'égard des points suivants :

	Très insatisfait	Insatisfait	Assez insatisfait	Sans opinion	Assez satisfait	Satisfait	Très satisfait
La planification partagée entre vous et les autres membres de l'équipe lors des prises de décisions en matière de soins aux patients et/ou aux clients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La communication ouverte entre vous et les autres membres de l'équipe lors des prises de décisions en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Le partage des responsabilités lors des prises de décisions entre vous et les autres membres de l'équipe en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La coopération entre vous et les autres membres de l'équipe lors des prises de décisions en matière de soins aux patients et/ou aux clients.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La prise en compte des préoccupations de l'ensemble des groupes de fournisseurs à mesure que des décisions sont prises en matière de soins aux patients et/ou aux clients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La coordination entre vous et les autres membres de l'équipe lors de la mise en œuvre d'un plan commun relatif aux soins des patients et/ou des clients	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La confiance dont vous et les autres membres de l'équipe faites preuve dans la capacité décisionnelle de chacun en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect dont vous et les autres membres de l'équipe faites preuve envers les connaissances et les compétences de chacun	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Le degré de collaboration entre vous et les autres membres de l'équipe lors des prises de décisions en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La façon dont sont prises les décisions entre vous et les autres membres de l'équipe en matière de soins aux patients et/ou aux clients (c.-à-d. le processus décisionnel, pas nécessairement les décisions)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Les décisions prises entre vous et les autres membres de l'équipe en matière de soins aux patients et/ou aux clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

37. Section 3 - Conditions de travail- Environnement de travail

54- Dans votre milieu de travail principal, avez-vous ?

	Toujours	Souvent	À l'occasion	Jamais	Je ne sais pas / ne s'applique pas
Votre propre bureau de consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bureau de consultation partagé	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accès à plus d'une salle de consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à une clientèle déjà préévaluée (triage) au sans rendez-vous	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
L'ameublement nécessaire à votre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à un poste informatique	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accès au DMÉ (dossier médical électronique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès au dossier complet de chaque patient	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Les fournitures médicales durables nécessaires à votre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les fournitures médicales à usage unique nécessaires à votre pratique	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accès aux services d'une secrétaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès aux services d'une secrétaire pour enregistrer vos consultations au registre de la RAMQ	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accès à internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à un téléphone	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accès à une messagerie vocale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à un télécopieur	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

38. Section 3 - Conditions de travail

55- Qui est votre supérieur immédiat ? (une seule réponse possible)

- ☐ La DSI
- ☐ L'adjointe à la DSI
- ☐ Une infirmière Conseillère cadre
- ☐ L'assistante du supérieur immédiat ou chef de programme
- ☐ Autre
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

56- Avez-vous l'impression que votre rôle est bien compris par votre supérieur immédiat ?

- ☐ Oui
- ☐ Non



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

39. Section 3 - Conditions de travail

57- Vous avez déclaré avoir l'impression que votre rôle n'est pas bien compris par votre supérieur immédiat.

Quelles sont les problématiques que vous rencontrez? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque de soutien de la DSI
- ☐ Manque de soutien de mon supérieur immédiat (si différent de la DSI)
- ☐ Transfert des services qui manquent de ressources vers l'IPS (ex : manque de spécialiste dans le service visé, manque de médecin de famille pour les prisons, les centres de réfugiés, les CHSLD, le SAD, la toxicomanie, etc.)
- ☐ Autre (veuillez préciser)

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

40. Section 3 - Conditions de travail - Salaire et reconnaissance

58- Avez-vous eu une reconnaissance de la maîtrise dans votre échelon salarial au moment de l'embauche?

(une seule réponse possible)

- ☐ Oui, on m'a donné 2 échelons de plus sur l'échelle clinicienne avant de passer à l'échelle IPS
- ☐ Oui, on m'a donné 2 échelons de plus directement sur l'échelle IPS
- ☐ Non, aucune
- ☐ Autre
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

41. Section 3 - Conditions de travail

59- À quel échelon salarial êtes-vous présentement?

60- Avez-vous eu des bonis et/ ou des mesures incitatives à votre signature de contrat ou à votre arrivée comme IPS?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

42. Section 3 - Conditions de travail

61- En comparant votre salaire net final avant d'être IPS (incluant primes, etc..) avec votre salaire actuel, considérez-vous que... (une seule réponse possible)

- ☐ Votre salaire a augmenté
- ☐ Votre salaire a diminué
- ☐ Votre salaire est resté semblable
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

62- Avez-vous droit aux primes suivantes : (cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Des primes de soir
- ☐ Des primes de nuit
- ☐ Des primes de fin de semaine
- ☐ Des primes de garde
- ☐ Des primes de soins critiques
- ☐ D'autres primes
- ☐ Je n'ai droit à aucune prime
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

63- Avez-vous une possibilité de flexibilité dans la gestion de votre horaire ? (cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Oui, je fais mes horaires selon mes disponibilités, mais dans un cadre de travail d'équipe
- ☐ Oui, je peux avoir un horaire ajustable si je le désire (par exemple: 36 h en 4 jours...etc.)
- ☐ Oui, j'ai aussi un autre emploi dans le domaine (enseignement, recherche) et je peux facilement combiner mes deux horaires
- ☐ Non, je dois faire l'horaire qu'on m'a attribué
- ☐ Non, autre raison
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

43. Section 4 – Satisfaction au travail et intention de quitter

64- Veuillez indiquer votre degré d'accord avec chacun des énoncés suivants.

	Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
En général, mon travail correspond de près à mes idéaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes conditions de travail sont excellentes.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Je suis satisfait de mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de mon travail.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Si je pouvais changer quoi que ce soit à mon travail, je n'y changerais presque rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans mes premières années de pratique, j'aurais quitté mon établissement de soin si je n'avais pas eu à rembourser ma bourse de formation.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

44. Section 4 – Satisfaction au travail et intention de quitter

65- Veuillez indiquer votre degré d'accord avec chacun des énoncés suivants.

	Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
Je pense à quitter mon établissement de soin actuel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense à quitter le réseau public, au profit d'une organisation privée.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Je pense à quitter la profession infirmière.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je planifie chercher un nouvel emploi dans un autre établissement de soin d'ici les 12 prochains mois.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Je planifie chercher un nouvel emploi (autre que la profession infirmière) d'ici les 12 prochains mois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je compte changer d'établissement de soin d'ici les 3 prochaines années.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Je compte changer de profession d'ici les 3 prochaines années.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

45. Section 4 – Satisfaction au travail et intention de quitter

66- Quels facteurs pourraient augmenter votre satisfaction au travail ? (cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Le salaire
- ☐ Les primes
- ☐ L'horaire
- ☐ La reconnaissance des pairs
- ☐ Une meilleure communication avec mes médecins partenaires
- ☐ Une meilleure communication avec mon équipe de gestion/direction
- ☐ La possibilité de faire d'autres tâches (ex : comme l'enseignement)
- ☐ Que la formation continue soit rémunérée et payée
- ☐ La participation à la prise de décision sur l'organisation du milieu de travail
- ☐ La participation à la prise de décision sur l'organisation des services de première ligne (ex : déploiement des effectifs)
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas
- ☐ Autre (veuillez préciser)

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

46. (saut des IPS qui ne pratique pas pour permettre le saut de section)

67- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas actuellement ?

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

47. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

68- Lorsque vous repensez au moment où vous avez débuté votre pratique comme IPS, vous sentiez-vous adéquatement formé(e) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

48. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

69- Actuellement, vous sentez-vous adéquatement formé(e) pour le rôle que vous assumez ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

49. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

70- Actuellement, vous sentez-vous adéquatement formé(e) pour le rôle que vous assumez ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

50. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

71- Vous avez déclaré ne pas vous sentir adéquatement formé(e), quelles sont vos préoccupations ?

	Quand vous avez débuté votre pratique comme	
	IPS	Actuellement
Manque de préparation au niveau de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de connaissances dans un domaine spécifique (ex : gériatrie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de préparation à la complexité des problèmes de santé présentés par les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de préparation au leadership	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de préparation à l'action politique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

51. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

72- Comment ces préoccupations pourraient être résolues ?

	Quand vous avez débuté votre pratique comme	
	IPS	Actuellement
Par un programme de formation théorique plus long (physiopathologie et pharmacologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par un nombre d'heures de stage plus important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par une intégration précoce de la théorie à la pratique en cours de formation en intégrant des stages dès la première année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

52. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

73- Faites-vous de l'enseignement pour les étudiants IPS?

- ☐ Oui, je reçois des stagiaires dans mon milieu
- ☐ Oui, je supervise les stagiaires par visioconférence ou en me déplaçant dans un autre milieu que mon milieu de travail
- ☐ Oui, j'enseigne des cours théoriques ou pratiques
- ☐ Non, mon employeur ne me permet pas d'avoir du temps libéré pour enseigner
- ☐ Non, cela ne m'intéresse pas
- ☐ Non, autre raison
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

53. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

74- Vous avez déclaré recevoir des stagiaires dans votre milieu. Recevez-vous... (cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Un montant payé par l'université
- ☐ Un montant payé par l'employeur
- ☐ Des heures reprises
- ☐ Un montant transféré dans un fond de formation continue
- ☐ Je ne reçois aucun montant, remise de temps ou compensation
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

54. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

75- Avez-vous complété vos 80h de formation continue dans les deux dernières années, dont 7 h de formation continue accréditée ? (cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Oui
- ☐ Non, je n'ai pas encore 2 ans d'expérience
- ☐ Non, je n'ai pas eu assez d'occasions pour avoir 80h en 2 ans
- ☐ Non, je n'ai pas eu la possibilité de les compléter à ce jour
- ☐ Non, autre raison
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas



Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

55. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

76- Est-ce que la formation continue accréditée est rémunérée par votre employeur ?

- ☐ Non
- ☐ Oui entre 1 et 3h
- ☐ Oui entre 4 et 7h
- ☐ Oui en totalité
- ☐ J'ai un forfait annuel que j'utilise selon mes besoins (veuillez préciser)

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

56. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

77- Quels sont les faits relativement à la formation continue dans votre pratique ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Ma journée est payée en argent par mon employeur
- ☐ Ma journée est payée en temps à reprendre ou temps repris
- ☐ Ma journée n'est pas payée du tout, elle est à mes frais
- ☐ Les frais d'inscription pour la formation sont en tout temps payés par mon employeur
- ☐ Les frais d'inscription pour la formation sont payés avec une limite annuelle par mon employeur
- ☐ Les frais d'inscription ne sont en aucun cas payés par mon employeur, ils sont à mes frais
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Faculté des
SCIENCES INFIRMIÈRES

Université
de Montréal

aipsa
association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

Enquête sur les IPS 2017 – Conditions de pratique des IPS

57. Section 5 – Enseignement, formation continue et recherche

78- Combien de temps vous est alloué pour votre développement professionnel, la recherche et/ou l'enseignement ?

- ☐ De 0 à 9%
- ☐ De 10 à 19%
- ☐ De 20 à 29%
- ☐ 30% ou plus
- ☐ Je ne sais pas / ne s'applique pas

Annexe B – Certificat d’approbation éthique



N° de certificat
18-047-CERES-D

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Facteurs qui influencent l'intention de quitter d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne travaillant dans le réseau public de santé
Étudiante requérante	Marie-Pier Beaudry [REDACTED] candidate à la M. Sc. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Arnaud Duhoux, professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

24 avril 2018
Date de délivrance

1er mai 2019
Date de fin de validité